

**LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE
DE LA PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
AU COURS DE L'ANNÉE 1962**

Etude particulière de 24 Observations
de néphropathies gravidiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MARDI 22 DÉCEMBRE 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

RASCLE Jacques

Né le 29 Septembre 1932 à SAINT-ÉTIENNE (Loire)



LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE
DE LA PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
AU COURS DE L'ANNÉE 1962

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyens honoraires :

MM. J. LÉPINE
H. HERMANN

Membre de l'Institut.
Correspondant de l'Institut.

Doyen :

J.F. CIER

Assesseurs : MM. M. LEVRAT
L. REVOL

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. COLLET, GUIART, PATEL, LÉPINE, TRILLAT, MOURIQUAND, MAZEL, GARIN, GATÉ, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique urologique
PONTHUS (détaché à Beyrouth)	Physique biologique
DECHAUME	Clinique neuro-psychiatrique et d'Hygiène mentale
CHAMBON	Chimie organique et Toxicologie.
WERTHEIMER	Clinique chirurgicale B
PAUPERT-RAVAULT	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C.
ENSELME	Chimie biologique et médicale.
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A.
REVOL	Pharmacie galénique
POLLOSSON	Clinique gynécologique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail.
LEVRAT	Clinique médicale A.
SOHIER	Hygiène et Action sanitaire et sociale
NETIEN	Botanique et cryptogamie.
BERTRAND	Clinique chirurgicale C.
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique.
DREVON	Pharmacie chimique et pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et déontologie.
COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique.
MOUNIER-KUHN	Clinique d'oto-rhino-laryngologie et d'audio-phonologie
PAUFIQUE	Clinique ophtalmologique
THIERS	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergologie
BRUN	Clinique de pneumo-phthisiologie.
CREYSSSEL J.	Clinique traumatologique des membres.
DARGENT	Clinique carcinologique
GUICHARD	Anatomie pathologique.
GIRARD P.	Pathologie générale et expérimentale.
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Pathologie chirurgicale
GIRARD M.	Thérapeutique.
VACHON	Pathologie médicale.
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires.
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique infantile et hygiène du premier âge
GONIN	Hydrologie thérapeutique, Climatologie et Ecologie sociale
MONNET	Bactériologie
BANSSILLON	Physiologie et pathologie obstétricales.
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
TRILLAT	Clinique de Chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique Stomatologique
MARION J.	Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et législation pharmaceutique
DUMONT L.	Histologie et embryologie
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN J.	Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire
MICHAUD P.	Clinique de Chirurgie cardiaque
X...	Clinique des maladies infectieuses
X...	Biologie médicale et pharmacodynamie

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

MM. BERGER	Physique nucléaire appliquée à la médecine
BERTOYE A.	Bactériologie
MANSUY	Neuro-chirurgie
COLLET	Chimie pharmaceutique
SARROUY	Clinique de Pédiatrie
LACROIX	Climatologie
LIARAS	Clinique chirurgicale propédeutique
LECUIRE	Neuro-chirurgie
REVOL	Médecine générale
GOINARD	Thérapeutique chirurgicale
CIER A.	Pharmacie chimique et Pharmacologie

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie
FEROLDI	Anatomie pathologique
MORET	Physique biologique

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS TITULAIRES

MM. CREYSEL R.	Chimie biologique	MM. NAUSSAC	Maladies infectieuses
THIVOLET	Hygiène	REBOUILLAT	Chirurgie générale
GARIN	Parasitologie	ROMAGNY	Pédiatrie
PINET	Electro-radiologie	DELAHAYE J.	Médecine générale
ODDOUX	Botanique et cryptogamie	DELEUZE R.	Anesthésiologie
De SOLLIERS	Chimie analytique	GIRAUD M.	Electro-radiologie diagnos- tic et thérapeutique.
TOLOT	Médecine du Travail	MICHEL	Anesthésiologie
DESPIERRES	Médecine générale	GILLY	Pédiatrie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie	BOUCHET	Anatomie
DESCOTES	Chirurgie générale	ROBERT	Médecine générale
JOUVET	Pathologie expérimentale	R. FRANÇOIS	Pédiatrie et Puériculture
PEYRIN	Physique biologique	COLOMB	Dermatologie
TOMMASI	Anatomie pathologique	FRIES	Médecine générale
BUFFARD	Electro-radiologie	LAMBERT	Médecine générale
LEJEUNE	Méd. gén. et thérapeutique	MICHOULIER	Chirurgie générale
de MOURGUES F.	Stomatologie		

MAITRES DE CONFÉRENCES AGRÉGÉS STAGIAIRES

MM. DUROUX	Anatomie	MM. MALLEIN	Chimie analytique
BRETTE	Thérapeutique	RIFFAT	Hygiène
FAYRE-GILLY	Hématologie	FAUCON	Biologie médicale et phar- macodynamie
GROD	Histologie et embryologie	FLANDROIS	Physiologie
GRAS	Chimie biologique	VIALIER-WAYNARD	Bactériologie

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM. BURTHIAULT	Obstétrique	MM. SCHOTT	Neuro-psychiatrie
GIGNOUX	Oto-rhino-laryngologie	ALLEGRE	Neuro-chirurgie
GUILLEMIN	Chirurgie générale	CHASSARD	Electro-radiologie
JAUBERT de BRAUJOU	Chirurgie générale	FAYSSE	Orthopédie
MARION P.	Chirurgie générale	GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
PLAUCHU	Médecine générale	GARDE	Médecine générale
PONT	Médecine générale	HUGONNIER	Ophthalmologie
SAUTOT	Chirurgie générale	KALB	Pneumo-phthisiologie
TRAEGER	Médecine générale	LARBRE	Médecine générale
VIGNON	Médecine générale	MARET	Chirurgie générale
BONAMOUR	Ophthalmologie	MORNEX	Médecine générale
COLIN	Médecine légale	NORMAND	Médecine générale
De MOURGUES G.	Chirurgie générale	PERRIN A.	Médecine générale
DEVIC	Médecine générale	BETHENOD	Pédiatrie et puériculture
DUMONT M.	Obstétrique	DUMAS	Stomatologie
DURAND	Urologie	GARMIER	Obstétrique
FRANCILLON	Chirurgie générale	NOEL	Médecine générale
SAUBIER	Chirurgie générale	SCHNEPP	Orthopédie

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. H. PIGEAUD, Président ; BROCHIER, MAGNIN, NOTTER, Assesseurs.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

**LE FONCTIONNEMENT DU SERVICE
DE LA PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE
A LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE
AU COURS DE L'ANNÉE 1962**

Etude particulière de 24 Observations
de néphropathies gravidiques

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE MARDI 22 DÉCEMBRE 1964

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

RASCLE Jacques

Né le 29 Septembre 1932 à SAINT-ÉTIENNE (Loire)



A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Ils nous ont donné la vie.

C'est par leur douce affection et leur grande abnégation que nous avons été en mesure de réaliser ce travail. Nous le leur offrons avec toute notre tendresse.

A MA FEMME

Avec tout mon amour.

A MA FILLE CATHERINE

Très tendrement.

A LA MÉMOIRE DE TOUS LES MIENS DISPARUS

A TOUTE MA FAMILLE ET A CELLE DE MA FEMME

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur H. PIGEAUD

Professeur de Clinique Obstétricale

Il nous a accueilli à la Clinique Obstétricale pour la préparation du D.E.S. d'obstétrique.

Nous savons quel intérêt il attache à ce travail. Il a bien voulu nous le confier et accepter la Présidence de notre Jury.

Nous le prions de bien vouloir recevoir l'hommage de notre gratitude et de notre profond respect.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Agrégé BROCHIER
Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Nous sommes profondément touché qu'il ait bien voulu être notre juge.

Nous le remercions de son amitié.

Monsieur le Professeur Agrégé MAGNIN
Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Nous avons le privilège de travailler dans son Service où nous avons pu apprécier son sens profond de l'humain allié à une très grande rigueur scientifique. Nous le remercions de l'intérêt qu'il nous porte.

Monsieur le Professeur Agrégé NOTTER
Gynécologue - Accoucheur des Hôpitaux

Très honoré qu'il ait bien voulu juger notre thèse, nous lui adressons nos respectueux remerciements.

A mon beau-père le Docteur Joseph CAILLOT

Nous sommes heureux de rendre ici hommage à sa bonté, à son honnêteté et à sa grande valeur professionnelle. Pour ces raisons, nous sommes fier d'être parmi ses proches.

A Messieurs les Docteurs

M. PICHON, J. CINELLI, J. DRACON

Ils nous ont donné leur confiance en nous acceptant comme remplaçant. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre amitié.

A nos amis Médecins, Officiers, hommes de troupe
du 11^e bataillon parachutiste de choc

Avec la nostalgie d'une époque passée...

Au Docteur Philippe de BRABANT

L'Ami fidèle.

Au Docteur Louis RAFFALLI

Le précieux compagnon de travail et l'Ami.

A NOS MAITRES DE LA CLINIQUE CLAUDE BERNARD
(1956-1957)

A NOS MAITRES DE LA CLINIQUE DE L'U.G.M.R.
(1957-1958)

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL CIVIL DE VIENNE
(1959 - 1964)

Monsieur le Docteur GRAND-CLÉMENT
Monsieur le Docteur CHAPUIS
Monsieur le Docteur CROZET
Monsieur le Docteur VIBERT
Monsieur le Docteur LUGAND
Monsieur le Docteur GUERRIER
Monsieur le Docteur TANCHON
Monsieur le Docteur MOUNET
Monsieur le Docteur HENRY

A NOS CAMARADES D'INTERNAT

A NOS CAMARADES DU DIPLOME
D'ÉTUDES SPÉCIALES D'OBSTÉTRIQUE

A MESSIEURS LES ASSISTANTS
ET CHEFS DE CLINIQUE
DE LA CLINIQUE OBSTÉTRICALE

Avec notre reconnaissance pour l'enseignement
qu'ils nous prodiguent.

A MESDAMES LES SŒURS,
SAGE-FEMMES ET INFIRMIÈRES
DE L'HOPITAL DE VIENNE
ET DES HOSPICES DE LYON

A SŒUR-MÈRE COQUIT

Avec notre admiration et notre respect pour
tant d'années consacrées à servir l'obstétrique.

ABRÉVIATIONS

Hc	: Hématocrite.
RA	: Réserve alcaline.
PT	: Protéines totales.
S	: Sérine.
G	: Globulines.
TA	: Tension artérielle.
HTA	: Hypertension artérielle.
Alb	: Albuminurie.
PG	: Prénandiol.
PST	: Phénol-stéroïdes totaux.
œ	: œstrogènes.
OD/T	: œstrone + œstradiol/œstriol.
K	: Coefficient d'utilisation œstrogénique : $OD/T \times 100$.
FV	: Frottis vaginal.
IE	: Index éosinophilique.
IK	: Index kariopycnotique.
FO	: Fond d'œil.
TACR	: Tension de l'artère centrale de la rétine.
EEG	: Electro-encéphalogramme.
RAM	: Rupture artificielle des membranes.
B de K	: Bougie de Krause.
ST	: Spontané à terme.
APS	: Accouchement prématuré spontané.
APP	: Accouchement prématuré provoqué.
ASAT	: Accouchement spontané à terme.
DPPNI	: Décollement prématuré de placenta normalement inséré.



AVANT-PROPOS

Le Service de pathologie de la grossesse a pour but de traiter et de suivre les femmes enceintes, présentant une maladie non contagieuse. Il cherche ainsi à les amener dans les meilleures conditions le plus près possible du terme de leur grossesse, réservant toutes leurs chances à la fois à la mère et à l'enfant. Parmi les affections traitées dans le service, celles de nature spécifiquement gravidiques présentent un intérêt tout particulier.

Il est d'usage, chaque année, de dresser la liste récapitulative des malades du service. M. le Professeur Pigeaud a bien voulu nous charger pour l'année 1962 de cette tâche, succédant ainsi à M. Peyre, M. Ferreux-Decor, M. Vicedo, M. Bobo, M. Rozier, M. Diemer, M. Bourquin, M. Morin, M. Torre, M. Joseph, M. Contamin, M. Rasemont, en ce qui concerne les années de 1949 à 1961.

Le plan de notre travail est identique à celui des années précédentes. C'est-à-dire que nous dresserons d'abord par ordre chronologique la liste de toutes les malades entrées dans le service entre le 1^{er} janvier 1962 et le 31 décembre 1962. Puis nous classerons ces observations selon quatre grands chapitres : maladies de la mère préexistant à la grossesse ; maladies non spéciales à l'état de gestation, mais apparaissant au cours de la grossesse ; maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de ses annexes, de l'œuf ou du fœtus ; maladies véritablement spéciales aux femmes enceintes. Nous exposerons dans un chapitre particulier, le détail des observations de néphropathies gravidiques.



CHAPITRE PREMIER

NOMENCLATURE DES OBSERVATIONS

Nous publions ici la liste des **207 observations** représentant le nombre total des femmes hospitalisées dans le Service de la pathologie de la grossesse du 1^{er} janvier au 31 décembre 1962.

Ces observations sont classées selon l'ordre d'entrée des malades, et chacune d'elles comporte les indications de références qui permettront de la retrouver facilement dans les registres.

Malades	Age	Date d'entrée	Références	Diagnostic
1. Mme J.,	34 ans	1. 1.62	R. XXVI, p. 30	Iso-immunisation anti-Rh.
2. Mme M.,	32 ans	3. 2.62	R. XXVI p. 31	Dysgravidie hypertensive sans albuminurie.
3. Mme D.,	35 ans	6. 1.62	R. XXVI, p. 32	Pyélite.
4. Mme R.,	30 ans	8. 1.62	R. XXVI, p. 33	Gémellaire. Néphropathie gravidique.
5. Mme A.,	42 ans	15. 1.62	R. XXVI, p. 34	Protéinurie en début de grossesse.
6. Mme C.,	31 ans	13. 1.62	R. XXVI, p. 35	Prédiabète. Dysgravidie.
7. Mme D.,	40 ans	13. 1.62	R. XXVI, p. 36	Péri artérite noueuse.
8. Mme G.,	34 ans	15. 1.62	R. XXVI, p. 39	Fibrome et grossesse.
9. Mme A.,	21 ans	20. 1.62	R. XXVI, p. 40	Glomérulonéphrite aiguë.
10. Mme R.,	29 ans	23. 1.62	R. XXVI, p. 41	Basedow.
11. Mme T.,	24 ans	24. 1.62	R. XXVI, p. 42	Néphropathie gravidique.
12. Mme S.,	29 ans	24. 1.62	R. XXVI, p. 43	Rupture utérine d'un utérus borgne.
13. Mme F.,	20 ans	26. 1.62	R. XXVI, p. 44	Diabète et grossesse.
14. Mme C.,	32 ans	29. 1.62	R. XXVI, p. 46	Iso-immunisation anti-Rh.
15. Mme B.,	29 ans	29. 1.62	R. XXVI, p. 47	Glomérulonéphrite chronique.
16. Mme S.,	38 ans	29. 1.62	R. XXVI, p. 49	Phlébite de la grossesse.
17. Mme S.,	20 ans	23. 1.62	R. XXVI, p. 50	Pyélite.
18. Mme R.,	34 ans	1. 2.62	R. XXVI, p. 51	Glomérulonéphrite aiguë.
19. Mme B.,	35 ans	1. 2.62	R. XXVI, p. 52	Dysgravidie hypertensive sans albuminurie.

Malades	Age	Date d'entrée	Références	Diagnostic
20. Mme B.,	24 ans	5. 2.62	R. XXVI, p. 53	Néphropathie gravidique.
21. Mme R.,	35 ans	5. 2.62	R. XXVI, p. 54	Pyélonéphrite.
22. Mme C.,	25 ans	8. 2.62	R. XXVI, p. 56	Prédiabète.
23. Mme L.,	27 ans	8. 2.62	R. XXVI, p. 57	Cancer du cavum.
24. Mme B.,	24 ans	9. 2.62	R. XXVI, p. 58	Diabète grave.
25. Mme S.,	29 ans	11. 2.62	R. XXVI, p. 60	Diabète grave.
26. Mme D.,	32 ans	12. 2.62	R. XXVI, p. 61	HTA essentielle.
27. Mme T.,	37 ans	12. 2.62	R. XXVI, p. 62	Dysgravidie hypertensive sans albuminurie.
28. Mme G.,	35 ans	18. 2.62	R. XXVI, p. 63	Prédiabète.
29. Mme G.,	31 ans	21. 2.62	R. XXVI, p. 64	Isoimmunisation anti-Rh.
30. Mme L.,	26 ans	21. 2.62	R. XXVI, p. 65	Ictère gravidique à répétition.
31. Mme B.,	31 ans	24. 2.62	R. XXVI, p. 66	Iso-immunisation anti-Rh.
32. Mme P.,	25 ans	26. 2.62	R. XXVI, p. 67	Hydramnios.
33. Mme C.,	28 ans	2. 3.62	R. XXVI, p. 68	Néphropathie gravidique.
34. Mme K.,	23 ans	3. 3.62	R. XXVI, p. 69	Pyélite.
35. Mme F.,	33 ans	5. 3.62	R. XXVI, p. 70	Hyperthyroïdie.
36. Mme D.,	44 ans	7. 3.62	R. XXVI, p. 71	Dysgravidie œdémateuse.
37. Mme S.,	28 ans	7. 3.62	R. XXVI, p. 72	Rétrécissement mitral.
38. Mme P.,	26 ans	6. 3.62	R. XXVI, p. 73	Grossesse prolongée.
39. Mme L.,	26 ans	8. 3.62	R. XXVI, p. 74	Vomissements gravidiques.
40. Mme D.,	32 ans	10. 3.62	R. XXVI, p. 75	Néphropathie gravidique.
41. Mme C.,	26 ans	12. 3.62	R. XXVI, p. 76	Iso-immunisation anti-Rh.
42. Mme A.,	18 ans	12. 3.62	R. XXVI, p. 77	Colibacillose intestinale et urinaire.
43. Mme R.,	27 ans	14. 3.62	R. XXVI, p. 78	Néphrite chronique hypertensive.
44. Mme A.,	41 ans	17. 3.62	R. XXVI, p. 79	Néphropathie gravidique.
45. Mme N.,	20 ans	19. 3.62	R. XXVI, p. 80	Etat de mal asthmatique.
46. Mme C.,	36 ans	19. 3.62	R. XXVI, p. 81	Avortement habituel.
47. Mme L.,	32 ans	19. 3.62	R. XXVI, p. 82	Iso-immunisation anti-Rh.
48. Mme B.,	28 ans	22. 3.62	R. XXVI, p. 83	Néphrite chronique.
49. Mme D.,	30 ans	19. 3.62	R. XXVI, p. 84	Bilan de coagulation.
50. Mme T.,	34 ans	24. 3.62	R. XXVI, p. 85	Cardiopathie mitrale.
51. Mme L.,	30 ans	28. 3.62	R. XXVI, p. 86	Thrombocytopénie habituelle.
52. Mme J.,	24 ans	30. 3.62	R. XXVI, p. 87	Pyélonéphrite.
53. Mme C.,	30 ans	4. 4.62	R. XXVI, p. 88	Pyélonéphrite.
54. Mme Q.,	27 ans	5. 4.62	R. XXVI, p. 89	Prédiabète.
55. Mme C.,	30 ans	9. 4.62	R. XXVI, p. 90	Iso-immunisation anti-B.
56. Mme P.,	25 ans	12. 4.62	R. XXVI, p. 91	Mycose vaginale.
57. Mme B.,	24 ans	16. 4.62	R. XXVI, p. 92	Néphrite chronique.
58. Mme M.,	27 ans	20. 4.62	R. XXVI, p. 93	Troubles digestifs banaux.
59. Mme C.,	21 ans	24. 4.62	R. XXVI, p. 94	Néphropathie gravidique.
60. Mme F.,	23 ans	25. 4.62	R. XXVI, p. 95	Asthénie et anémie au troisième mois.
61. Mme T.,	32 ans	26. 4.62	R. XXVI, p. 96	Néphropathie gravidique.
62. Mme R.,	32 ans	30. 4.62	R. XXVI, p. 97	Néphrite aiguë.
63. Mme B.,	24 ans	2. 5.62	R. XXVI, p. 98	Vomissements gravidiques.
64. Mme A.,	32 ans	3. 5.62	R. XXVI, p. 99	Iso-immunisation anti-Rh.
65. Mme G.,	32 ans	4. 5.62	R. XXVI, p. 100	Pyélonéphrite.
66. Mme S.,	29 ans	5. 5.62	R. XXVI, p. 101	Néphropathie gravidique.
67. Mme C.,	20 ans	8. 5.62	R. XXVI, p. 102	Eclampsie.
68. Mme S.,	24 ans	12. 5.62	R. XXVI, p. 103	Néphropathie gravidique.
69. Mme P.,	22 ans	9. 5.62	R. XXVI, p. 104	Suspicion de G.E.U.
70. Mme C.,	30 ans	13. 5.62	R. XXVI, p. 105	Pyélonéphrite.
71. Mme M.,	21 ans	10. 5.62	R. XXVI, p. 106	Dysgravidie hypertensive sans albuminurie.

Malades	Age	Date d'entrée	Références	Diagnostic
72. Mme S.,	19 ans	15. 5.62	R. XXVI, p. 107	Syphilis et grossesse: Bilan.
73. Mme B.,	25 ans	16. 5.62	R. XXVI, p. 108	Néphropathie gravidique.
74. Mme M.,	18 ans	17. 5.62	R. XXVI, p. 109	Syndrome douloureux de la F.I.D.
75. Mme B.,	33 ans	17. 5.62	R. XXVI, p. 110	Dysgravidie hypertensive sans albuminurie.
76. Mme M.,	28 ans	19. 5.62	R. XXVI, p. 111	Crises comitiales.
77. Mme M.,	38 ans	21. 5.62	R. XXVI, p. 112	HTA chronique essentielle.
78. Mme P.,	37 ans	21. 5.62	R. XXVI, p. 113	Iso-immunisation anti-Rh.
79. Mme S.,	28 ans	22. 5.62	R. XXVI, p. 114	Pyélite droite.
80. Mme V.,	27 ans	22. 5.62	R. XXVI, p. 115	Prédiabète.
81. Mme K.,	44 ans	22. 5.62	R. XXVI, p. 116	HTA essentielle.
82. Mme C.,	27 ans	23. 5.62	R. XXVI, p. 117	Diabète grave.
83. Mme C.,	35 ans	23. 5.62	R. XXVI, p. 118	Mort du fœtus in utero.
84. Mme D.,	25 ans	24. 5.62	R. XXVI, p. 119	Pyélonéphrite sévère.
85. Mme M.,	30 ans	24. 5.62	R. XXVI, p. 120	Albuminurie transitoire.
86. Mme C.,	39 ans	28. 5.61	R. XXVI, p. 121	Néphrite chronique hypertensive.
87. Mme S.,	34 ans	30. 5.62	R. XXVI, p. 123	Malformation congénitale du vagin.
88. Mme G.,	33 ans	1. 6.62	R. XXVI, p. 125	Néphropathie gravidique.
89. Mme B.,	39 ans	1. 6.62	R. XXVI, p. 126	Iso-immunisation anti-Rh.
90. Mme B.,	41 ans	4. 6.62	R. XXVI, p. 128	Obésité, prédiabète.
91. Mme D.,	24 ans	4. 6.62	R. XXVI, p. 129	Bilan pour obésité.
92. Mme F.,	34 ans	3. 6.62	R. XXVI, p. 130	Prédiabète.
93. Mme A.,	22 ans	4. 6.62	R. XXVI, p. 131	Grossesse arrêtée.
94. Mme D.,	29 ans	4. 6.62	R. XXVI, p. 132	Achondroplasie.
95. Mme C.,	26 ans	9. 6.62	R. XXVI, p. 133	Iso-immunisation anti-Rh.
96. Mme A.,	27 ans	11. 6.62	R. XXVI, p. 134	Iso-immunisation anti-Rh.
97. Mme B.,	34 ans	12. 6.62	R. XXVI, p. 135	Bilan de grossesse.
98. Mme D.,	23 ans	13. 6.62	R. XXVI, p. 136	Maladie mitrale non décompensée.
99. Mme D.,	22 ans	9. 6.62	R. XXVI, p. 137	Fièvre de Malte.
100. Mme F.,	20 ans	19. 6.62	R. XXVI, p. 138	Vomissements graves.
101. Mme P.,	24 ans	18. 6.62	R. XXVI, p. 140	Syphilis.
102. Mme M.,	24 ans	20. 6.62	R. XXVI, p. 141	Pyélonéphrite.
103. Mme B.,	35 ans	21. 6.62	R. XXVI, p. 142	Rétrécissement mitral bien supporté.
104. Mme J.,	37 ans	24. 6.62	R. XXVI, p. 144	Pyélite.
105. Mme D.,	39 ans	25. 6.62	R. XXVI, p. 145	Avortement thérapeutique.
106. Mme B.,	41 ans	26. 6.62	R. XXVI, p. 146	Bilan de grossesse.
107. Mme V.,	36 ans	24. 6.62	R. XXVI, p. 147	HTA habituelle.
108. Mme X.,	24 ans	26. 6.62	R. XXVI, p. 148	Iso-immunisation anti-Rh.
109. Mme B.,	30 ans	28. 6.62	R. XXVI, p. 150	Pyélite.
110. Mme D.,	33 ans	29. 6.62	R. XXVI, p. 151	Bilan pour mort inexpliquée du fœtus in utero.
111. Mme A.,	34 ans	30. 6.62	R. XXVI, p. 152	Avortement habituel, cerclage..
112. Mme R.,	36 ans	2. 7.62	R. XXVI, p. 153	Hydramnios.
113. Mme C.,	23 ans	3. 7.62	R. XXVI, p. 154	Vomissements graves.
114. Mme G.,	39 ans	6. 7.62	R. XXVI, p. 156	Rétrécissement mitral.
115. Mme C.,	24 ans	10. 7.62	R. XXVI, p. 157	Vomissements gravidiques.
116. Mme C.,	24 ans	10. 7.62	R. XXVI, p. 158	Néphropathie gravidique.
117. Mme V.,	32 ans	12. 7.62	R. XXVI, p. 159	Néphropathie gravidique.
118. Mme C.,	41 ans	12. 7.62	R. XXVI, p. 160	Néphropathie gravidique.
119. Mme G.,	31 ans	16. 7.62	R. XXVI, p. 162	Diabète grave.
120. Mme A.,	35 ans	18. 7.62	R. XXVI, p. 163	Iso-immunisation anti-C.
121. Mme V.,	34 ans	19. 7.62	R. XXVI, p. 165	Iso-immunisation anti-Rh.

Malades	Age	Date d'entrée	Références	Diagnostic
122. Mme M.,	24 ans	19. 7.62	R. XXVI, p. 166	Bilan de vitalité foetale.
123. Mme G.,	25 ans	24. 7.62	R. XXVI, p. 168	Vomissements gravidiques.
124. Mme Y.,	24 ans	25. 7.62	R. XXVI, p. 169	Néphropathie gravidique.
125. Mme B.,	37 ans	26. 7.62	R. XXVI, p. 171	Hydramnios (anencéphalie).
126. Mme P.,	20 ans	30. 7.62	R. XXVI, p. 172	Pyélonéphrite.
127. Mme B.,	33 ans	30. 7.62	R. XXVI, p. 173	Cardiopathie mitrale décompensée.
128. Mme B.,	29 ans	7. 8.62	R. XXVI, p. 174	Vomissements gravidiques.
129. Mme C.,	30 ans	6. 8.62	R. XXVI, p. 175	Dysgravidie hypertensive avec œdème sans albuminurie.
130. Mme A.,	26 ans	13. 8.62	R. XXVI, p. 176	Vomissements gravidiques.
131. Mme G.,	34 ans	12. 8.62	R. XXVI, p. 177	Troubles de l'état général.
132. Mme C.,	20 ans	17. 8.62	R. XXVI, p. 178	Vomissements gravidiques.
133. Mme R.,	34 ans	18. 8.62	R. XXVI, p. 179	Néphropathie gravidique.
134. Mme B.,	20 ans	20. 8.62	R. XXVI, p. 180	Insuffisance aortique.
135. Mme R.,	33 ans	20. 8.62	R. XXVI, p. 181	Néphropathie gravidique.
136. Mme P.,	35 ans	21. 8.62	R. XXVI, p. 182	Prédiabète.
137. Mme N.,	17 ans	21. 8.62	R. XXVI, p. 183	Pyélite.
138. Mme M.,	35 ans	20. 8.62	R. XXVI, p. 184	Pyélonéphrite.
139. Mme T.,	22 ans	29. 8.62	R. XXVI, p. 185	Pyélite.
140. Mme D.,	35 ans	30. 8.62	R. XXVI, p. 186	Vomissements gravidiques.
141. Mme P.,	41 ans	29. 8.62	R. XXVI, p. 187	Néphropathie gravidique.
142. Mme D.,	32 ans	3. 9.62	R. XXVI, p. 188	Néphrite chronique.
143. Mme D.,	29 ans	3. 9.62	R. XXVI, p. 189	Bilan de grossesse.
144. Mme T.,	30 ans	3. 9.62	R. XXVI, p. 190	Pyélonéphrite.
145. Mme T.,	28 ans	3. 9.62	R. XXVI, p. 191	Vomissements gravidiques.
146. Mme B.,	37 ans	4. 9.62	R. XXVI, p. 192	Bilan de grossesse.
147. Mme D.,	34 ans	7. 9.62	R. XXVI, p. 193	Néphropathie gravidique.
148. Mme S.,	25 ans	7. 9.62	R. XXVI, p. 194	Pyélonéphrite.
149. Mme P.,	29 ans	8. 9.62	R. XXVI, p. 195	Terme dépassé.
150. Mme D.,	34 ans	11. 9.62	R. XXVI, p. 196	Aggravation d'une cécité progressive.
151. Mme G.,	26 ans	12. 9.62	R. XXVI, p. 197	Cardiopathie légère.
152. Mme C.,	33 ans	12. 9.62	R. XXVI, p. 198	Vomissements gravidiques.
153. Mme F.,	26 ans	15. 9.62	R. XXVI, p. 199	Iso-immunisation anti-Rh.
154. Mme D.,	28 ans	16. 9.62	R. XXVI, p. 200	Diabète.
155. Mme O.,	26 ans	13. 9.62	R. XXVI, p. 201	Iso-immunisation anti-Rh.
156. Mme L.,	38 ans	20. 9.62	R. XXVI, p. 202	Rétrécissement mitral.
157. Mme A.,	37 ans	20. 9.62	R. XXVI, p. 203	Obésité et prédiabète.
158. Mme P.,	28 ans	24. 9.62	R. XXVI, p. 205	Coliques néphrétiques.
159. Mme P.,	33 ans	24. 9.62	R. XXVI, p. 206	Dysgravidie hypertensive.
160. Mme C.,	33 ans	24. 9.62	R. XXVI, p. 207	Bilan pour une H.T.A.
161. Mme L.,	35 ans	25. 9.62	R. XXVI, p. 208	Diabète.
162. Mme B.,	37 ans	26. 9.62	R. XXVI, p. 209	Diagnostic entre grossesse et fibrome chez une grande obèse.
163. Mme B.,	46 ans	27. 9.62	R. XXVI, p. 210	Iso-immunisation anti-Rh.
164. Mme P.,	32 ans	29. 9.62	R. XXVI, p. 211	Néphropathie gravidique.
165. Mme V.,	27 ans	5.10.62	R. XXVI, p. 213	Bilan de grossesse.
166. Mme M.,	29 ans	8.10.62	R. XXVI, p. 214	Terme dépassé.
167. Mme C.,	28 ans	8.10.62	R. XXVI, p. 216	Cardiopathie mitro-aortique.
168. Mme M.,	19 ans	10.10.62	R. XXVI, p. 217	Vomissements gravidiques.
169. Mme F.,	28 ans	11.10.62	R. XXVI, p. 218	Bilan de vitalité foetale.
170. Mme G.,	16 ans	13.10.62	R. XXVI, p. 219	Pyélite.
171. Mme G.,	21 ans	13.10.62	R. XXVI, p. 220	Vomissements gravidiques.
172. Mme M.,	39 ans	18.10.62	R. XXVI, p. 221	Albuminurie chronique isolée.
173. Mme M.,	24 ans	20.10.62	R. XXVI, p. 222	Néphropathie gravidique.

Malades	Age	Date d'entrée	Références	Diagnostic
174. Mme R.,	27 ans	22.10.62	R. XXVI, p. 223	Diabète.
175. Mme A.,	29 ans	22.10.62	R. XXVI, p. 224	Petite poussée d'HTA isolée.
176. Mme V.,	33 ans	24.10.62	R. XXVI, p. 225	Rétrécissement mitral.
177. Mme R.,	30 ans	29.10.62	R. XXVI, p. 227	Albuminurie isolée.
178. Mme A.,	21 ans	29.10.62	R. XXVI, p. 228	Mort inexpliquée du fœtus in utero.
179. Mme R.,	24 ans	8.11.62	R. XXVI, p. 230	Diabète.
180. Mme M.,	30 ans	10.11.62	R. XXVI, p. 231	D.P.P.N.I.
181. Mme C.,	27 ans	15.11.62	R. XXVI, p. 233	Dysgravidie hypertensive avec œdème sans albuminurie.
182. Mme M.,	36 ans	16.11.62	R. XXVI, p. 234	Albuminurie chronique isolée.
183. Mme V.,	22 ans	20.11.62	R. XXVI, p. 236	Vomissements incoercibles.
184. Mme G.,	20 ans	26.11.62	R. XXVI, p. 237	Pyélonéphrite.
185. Mme C.,	23 ans	28.11.62	R. XXVI, p. 239	Néphropathie gravidique.
186. Mme V.,	20 ans	29.11.62	R. XXVI, p. 240	Dysgravidie mineure.
187. Mme D.,	22 ans	30.11.62	R. XXVI, p. 241	Syndrome douloureux de la F.I.D.
188. Mme M.,	37 ans	1.12.62	R. XXVI, p. 242	Iso-immunisation anti-Rh.
189. Mme V.,	26 ans	3.12.62	R. XXVI, p. 243	Diabète.
190. Mme R.,	32 ans	29.11.62	R. XXVI, p. 244	Lymphangiomes bilatéraux.
191. Mme K.,	39 ans	3.12.62	R. XXVI, p. 245	Iso-immunisation anti-Rh.
192. Mme D.,	40 ans	5.12.62	R. XXVI, p. 248	Bilan pulmonaire.
193. Mme F.,	21 ans	6.12.62	R. XXVI, p. 249	Terme dépassé.
194. Mme B.,	27 ans	9.12.62	R. XXVI, p. 250	Syndrome néphrotique.
195. Mme L.,	35 ans	10.12.62	R. XXVI, p. 251	Diabète (deuxième séjour) (voir 161).
196. Mme C.,	38 ans	11.12.62	R. XXVI, p. 252	Bilan de grossesse.
197. Mme C.,	39 ans	10.12.62	R. XXVI, p. 254	Diabète.
198. Mme F.,	20 ans	10.12.62	R. XXVI, p. 255	Diabète.
199. Mme B.,	29 ans	7.12.62	R. XXVI, p. 256	Placenta prævia.
200. Mme A.,	20 ans	13.12.62	R. XXVI, p. 257	Bilan de diabète.
201. Mme S.,	35 ans	12.12.62	R. XXVI, p. 258	Bilan pour antécédents de gros enfants.
202. Mme R.,	32 ans	13.12.62	R. XXVI, p. 259	Albuminurie isolée.
203. Mme L.,	26 ans	15.12.62	R. XXVI, p. 260	Albuminurie isolée.
204. Mme D.,	28 ans	19.12.62	R. XXVI, p. 261	Bilan de grossesse.
205. Mme M.,	25 ans	15.12.62	R. XXVI, p. 262	Néphrite subaiguë.
206. Mme M.,	25 ans	27.11.62	R. XXVI, p. 264	Cardiopathie mitro-aortique.
207. Mme D.,	19 ans	9.12.62	R. XXVI, p. 266	Pyélonéphrite.

CHAPITRE II

COMMENTAIRES DE LA NOMENCLATURE

Nos 207 observations seront groupées selon la classification que M. le Professeur Pigeaud a fait adopter à la Clinique Obstétricale.

Cette classification s'exprime ainsi :

1° maladies de la mère préexistant à la grossesse, pouvant être aggravées du fait de l'état puerpéral et susceptibles de retentir sur celle-ci ;

2° maladies non particulières à l'état de grossesse, mais qui, apparaissant au cours de la puerpéralité, influent sur l'évolution de la gestation ou revêtent de son fait une allure particulière ;

3° maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de ses annexes, de l'œuf ou du fœtus ;

4° maladies spéciales à l'état de gestation.

Nous allons entreprendre maintenant l'étude des observations correspondant à ces quatre groupes.

PREMIER GROUPE

Maladies de la mère préexistant à l'état de gestation

De nombreuses affections pourraient théoriquement entrer dans ce groupe ; nous n'envisagerons cependant que certaines maladies dont l'évolution, compliquée par la grossesse, pose des problèmes délicats.

Ces maladies sont :

- Cardiopathies sévères ;
- Néphrites chroniques et hypertensions solitaires ;
- Diabète ;
- Tuberculose pulmonaire.

Nous mentionnerons ensuite quelques observations disparates d'un intérêt certain, mais dont la rareté empêche une étude fructueuse.

Nous avons colligé comme suit ces observations :

— **Cardiopathies sévères** : 12 observations classées sous les numéros suivants de notre nomenclature : 37 - 50 - 98 - 103 - 114 - 127 - 134 - 151 - 156 - 167 - 176 - 206.

Il est intéressant de rappeler le nombre d'observations relevées précédemment :

En 1949 : 26 observations.

1950 : 14 —

1951 : 19 —

1952 : 21 —

1953 : 13 —

1954 : 18 —

1955 : 16 —

1956 : 20 —

1957 : 28 —

1958 : 25 —

1959 : 32 —

1960 : 17 —

1961 : 17 —

— **Néphrites chroniques et hypertensions solitaires** : 12 observations : n^{os} 15 - 26 - 43 - 48 - 57 - 77 - 86 - 107 - 142 - 147 - 160 - 194.

Rappel pour 1949 : 15 observations.

1950 : 15 —

1951 : 19 —

1952 : 26 —

1953 : 22 —

1954 : 14 —

1955 : 17 —

1956 : 32 —

1957 : 23 —

1958 : 25 —

1959 : 35 —

1960 : 34 —

1961 : 17 —

— **Diabète** : 13 observations : n^{os} 13 - 24 - 25 - 82 - 119 - 154 - 161 - 174 - 179 - 189 - 197 - 198 - 200.

Rappel pour 1949 : 1 observation.

1950 :	1	—
1951 :	2	—
1952 :	1	—
1953 :	5	—
1954 :	2	—
1955 :	7	—
1956 :	7	—
1957 :	5	—
1958 :	10	—
1959 :	9	—
1960 :	11	—
1961 :	5	—

— **Tuberculose pulmonaire** : Il n'y a pas eu cette année de femme hospitalisée pour tuberculose pulmonaire évolutive. Une seule malade (n° 192) a été hospitalisée pour bilan respiratoire, il s'agissait d'une tuberculose pulmonaire stabilisée depuis plusieurs années.

Il y avait eu précédemment :

En 1949 : 14 observations:

1950 :	13	—
1951 :	9	—
1952 :	3	—
1953 :	2	—
1954 :	2	—
1955 :	8	—
1956 :	6	—
1957 :	1	—
1958 :	5	—
1959 :	0	—
1960 :	Une observation de méningite tuberculeuse.	
1961 :	0	—

— **Divers :**

- 1 cas de néphrose, n° 194.
- 1 cas d'albuminurie chronique isolée, n° 172.
- 1 cas de comitialité, n° 76.
- 1 cas de lymphangiomes bilatéraux, n° 190.
- 1 cas d'achondroplasie, n° 94.
- 1 cas de malformation congénitale du vagin, n° 87 : césarienne.
- 2 cas de fibromes connus avant la grossesse, n° 8, n° 162.
- 1 cas d'hyperthyroïdie, n° 35.
- 2 cas de syphilis, n° 72, n° 101.
- 1 cas de maladie de Basedow (n° 10), avec antécédents d'albuminurie et existence d'un bassin rétréci : césarienne, enfant vivant.

— Nos **12 observations de cardiopathies** se répartissent ainsi :

Aucune cardiopathie congénitale.

12 cardiopathies lésionnelles acquises :

- 5 R.M. purs : n°s 37 - 103 - 114 - 156 - 176.
- 4 maladies mitrales : n°s 50 - 98 - 127 - 151.
- 2 cardiopathies mitro-aortiques : n°s 167 - 206.
- 1 cardiopathie aortique : n° 134.

Parmi ces 12 observations de cardiopathies, nous relevons :

- 5 grossesses non troublées : n°s 50 - 103 - 151 - 167 - 206.
- 4 grossesses peu troublées : n°s 98 - 134 - 156 - 176.
- 3 grossesses troublées : n°s 37 - 114 - 127.

A noter que, devant l'importance des manifestations cliniques, l'on a été amené à pratiquer :

- 1 avortement thérapeutique : n° 127.
- 2 stérilisations : n°s 114 - 127, réalisées dans les suites de couches.

— Nos **12 observations de néphrites chroniques et d'hypertensions solitaires** se répartissent ainsi :

- 7 néphrites chroniques connues : n°s 15 - 43 - 57 - 48 - 86 - 142 - 194.

— 5 cas d'hypertensions solitaires modérées préexistant à l'état de gestation : n^{os} 26 - 77 - 107 - 147 - 160.

Sur ces 12 malades, 9 ont accouché à la clinique obstétricale. On note 10 enfants vivants, dont :

3 par accouchement prématuré provoqué : n^{os} 26 - 77 (césarienne) - 142.

3 par accouchement prématuré spontané : n^{os} 48 - 107 - 147.

4 par accouchement spontané à terme : n^{os} 15 (gémellaire) - 43 - 57.

Le n^o 160 n'a pas accouché dans le service.

Nous avons su que pour le n^o 194 il y avait eu accouchement prématuré spontané d'un fœtus macéré.

La gravité progressive de l'affection était telle que l'on a été amené à pratiquer un avortement thérapeutique : n^o 86.

A signaler qu'un cas d'hypertension solitaire essentielle (n^o 147) s'est compliqué de néphropathie gravidique. Nous le retrouverons détaillé dans le groupe des néphropathies gravidiques.

— Parmi nos **13 observations de diabète** :

3 malades n'ont pas accouché dans le service, ce sont les n^{os} 154 - 198 - 189.

Sur les 10 malades atteintes de diabète et ayant accouché dans le service :

— 5 étaient connues depuis l'enfance : n^{os} 13 - 82 - 161 - 174 - 179.

— 4 cas ont été découverts au cours de la grossesse antérieure : n^{os} 24 - 25 - 119 - 197.

— 1 cas a été découvert au cours de la grossesse actuelle : n^o 200.

Nous avons obtenu :

— 9 enfants vivants.

(l'un d'eux — n^o 25 — est décédé au 2^e jour ; la vérification a objectivé une malformation myocardique et une hépatomégalie).

— 1 macéré, foetus mort in utero à 7 mois : n° 82.

Il a été pratiqué :

— 5 césariennes prophylactiques : n°s 174 - 179 - 25 - 119 - 197.

— 1 accouchement prématuré provoqué par perfusion de post-hypophyse : n° 82.

— 2 accouchements prématurés provoqués par B. de Kraüse : n°s 12 - 161.

— 1 accouchement prématuré spontané à 8 mois : n° 200.

Nous mentionnerons ici 12 cas de prédiabète. 12 cas de malades présentant, en plus d'une glycosurie plus ou moins persistante, parfois associée à une obésité, une hyperglycémie inconstante et une courbe d'hyperglycémie provoquée nettement perturbée, avec souvent la notion d'antécédents d'enfants morts in utero ou de gros enfants.

Parmi nos 12 observations :

— 3 ont été découverts lors d'une précédente grossesse : n°s 28 - 80 - 90.

— 9 ont été découverts lors de l'actuelle grossesse : n°s 6 - 22 - 54 - 83 - 92 - 106 - 136 - 157 - 186.

— 9 ont accouché dans le service : nous avons obtenu : 8 enfants vivants et 1 macéré (n° 83).

Il a été pratiqué :

— 2 césariennes prophylactiques : n°s 6 - 90.

— 2 accouchements prématurés provoqués par B. de Kraüse : n°s 54 - 80.

— 1 accouchement prématuré provoqué par perfusion de post-hypophyse : n° 136.

— 1 accouchement provoqué à terme par B. de Kraüse : n° 92.

— 1 perfusion de post-hypophyse pour grossesse arrêtée avec dépassement du terme : n° 83.

Les n°s 157 et 186 ont accouché spontanément à terme.

A noter pour l'observation n° 106, un arrêt de grossesse et l'expulsion spontanée au 5^e mois d'un foetus macéré.

Il est intéressant de rappeler qu'en 1961 nous n'avions recueilli que 2 observations de Prédiabète.

DEUXIÈME GROUPE

Maladies non particulières à l'état de gestation

Il est bien entendu que n'importe quelle maladie pouvant survenir au cours de la gestation, la pathologie tout entière pourrait entrer dans ce groupe.

Nous avons éliminé de ce cadre, tous les syndromes aigus manifestés au cours de la grossesse mais ne représentant qu'un épisode paroxystique d'une maladie ou d'un état préexistant à la grossesse ; tel par exemple l'état de mal asthmatique (obs. n° 45).

Si nous éliminons d'autre part de ce groupe les maladies spécifiques de l'état de gestation et les affections bénignes qui n'ont pas justifié d'hospitalisation, nous nous trouvons devant un nombre assez réduit de maladies non particulières à l'état de gestation. Nous avons retenu :

Pyélites, pyélonéphrites et glomérulonéphrites aigus.

Nous avons relevé 26 observations, ce sont les n°s 3 - 9 - 17 - 18 - 21 - 34 - 52 - 53 - 62 - 65 - 70 - 79 - 84 - 102 - 104 - 109 - 126 - 137 - 138 - 139 - 144 - 148 - 170 - 184 - 205 - 207.

Albuminuries transitoires : 2 cas.

— N° 5. Protéinurie transitoire en début de grossesse.

— N° 85. Albuminurie transitoire à la fin d'une grossesse gémellaire.

Dans ces deux cas les bilans entrepris ont été négatifs, l'albuminurie a du reste disparu sous l'effet du repos.

Affections malignes : 1 cas de néoplasme du cavum.

— N° 23. Il s'est agi d'une III^e geste, III^e pare, âgée de 27 ans, sans antécédents pathologiques notables.

D.R. : 31.5.61 - A.P. : 10.3.62.

Début de l'affection dans les premiers jours de Novembre 61 par apparition de sinusite et névralgie faciale.

Consultation à la clinique O.R.L. : le diagnostic de cancer du cavum est alors posé et un traitement radio-thérapique est mis en œuvre.

L'indication d'anti-mitotique en I.V. est ensuite posée et les spécialistes O.R.L. demandent que l'on provoque l'accouchement dès que possible.

Le 13.2.62, un mois avant terme, on provoque l'accouchement par mise en place d'une perfusion de post-hypophyse et l'on obtient un enfant de bon aspect pesant 2.680 g.

L'évolution rapide et grave de certaines affections malignes chez des femmes enceintes nous dispense de longs commentaires sur la nécessité impérieuse d'un diagnostic précoce et d'un traitement rapide.

C'est d'ailleurs dans cet état d'esprit que nous rapprochons de cette observation d'affection maligne un cas apparemment différent, notre observation n° 150 : il s'est agi d'une femme, qui, au cours d'une grossesse (1957), a fait un glaucome aigu à l'œil droit, aboutissant à la perte totale de la vision, et qui en 1960 a commencé un iritis à l'œil gauche. Le début d'une nouvelle grossesse (1962) a très nettement accéléré une cécité progressive et le Professeur Paufigue nous l'a adressée pour interruption thérapeutique de grossesse. Ce qui fut fait, accompagné d'une stérilisation.

Il nous paraît également intéressant de noter qu'une malade (n° 7), IX^e geste, hospitalisée pour péri-artérite noueuse avec antécédents de néphropathies gravidiques à répétition accompagnées de mort du fœtus in utero, a dû subir au 2^e mois de sa 9^e grossesse une interruption thérapeutique accompagnée d'une stérilisation : toute nouvelle grossesse lui faisant, en effet, courir un risque grave.

Signalons enfin :

- 2 cas de phlébite : n°s 16 - 49.
- 1 cas de colibacillose intestinale et urinaire : n° 42.
- 1 cas de mycose vaginale : n° 56.
- 2 cas de syndrome douloureux de la fosse iliaque droite : n°s 74 - 187.

- 1 cas de fièvre de Malte : n° 99.
- 1 cas de grande asthénie chez une grande multipare : n° 131.
- 1 cas de lithiase urétérale découverte à la suite de coliques néphrétiques : n° 158.

TROISIÈME GROUPE

Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de ses annexes, de l'œuf ou du fœtus

Dans ce cadre nous ne faisons plus entrer les avortements habituels, que nous hospitalisons actuellement à l'infirmerie de la clinique. Par contre, ce groupe comprend :

Les hospitalisations pour préventions d'accouchements prématurés habituels^e : 2 observations : n°s 46 - 111.

Rappel pour 1957 : 6 observations

1958 :	14	—
1959 :	8	—
1960 :	10	—
1961 :	4	—

Les hospitalisations pour antécédents de morts inexplicées du fœtus au voisinage du terme : 3 observations : n°s 83 - 106 - 110.

Rappel pour 1957 : 7 observations

1958 :	9	—
1959 :	3	—
1960 :	6	—
1961 :	1	—

Les grossesses prolongées : 4 observations : n°s 38 149 - 166 - 193.

Rappel pour 1957 : 3 observations

1958 :	6	—
1959 :	5	—
1960 :	14	—
1961 :	9	—

Les 2 gestantes sujettes **aux accouchements prématurés** ont accouché à la clinique. Elles ont bénéficié du traitement mis en œuvre à la clinique obstétricale : repos strict au lit, antispasmodiques au premier rang desquels prend place le glycérophosphate de soude intra-veineux à raison de deux injections par semaine, et traitement hormonal conduit en fonction des bilans. Chez ces 2 femmes, l'état du col a fait poser l'indication de cerclage avec ablation du fil environ un mois avant terme, lorsque l'enfant paraît d'un poids suffisant.

Les 2 enfants sont nés vivants :

- 1 par césarienne à terme pour bassin rétréci.
- 1 par accouchement spontané à terme.

— Les cas d'antécédents **de mort du fœtus in utero** concernent des morts fœtales se produisant avant tout début de travail et sans que l'on trouve une étiologie valable. (Définition de la mort inexplicquée du fœtus in utero, définition empruntée à la thèse de R. Cattin, Lyon, 1955).

Si pour les observations n^{os} 83 et 106, un bilan clinique et biologique a permis de mettre en évidence un prédiabète, aucune étiologie valable n'a été reconnue pour l'observation n^o 110.

Pour les deux cas de prédiabète, la mort du fœtus est survenue (les femmes avaient été vues tardivement).

Le n^o 110 a bénéficié d'une césarienne 15 jours avant terme, qui nous a donné un enfant vivant.

— Les 4 observations de **grossesses prolongées** concernent des femmes dont le terme était dépassé de 15 jours à 1 mois.

Nous avons obtenu : 4 enfants vivants :

- N^o 38 : (coexistence avec une dysgravidie hypertensive) : accouchement provoqué par R.A.M.
- N^o 149 : accouchement provoqué par B. de Kraüse.
- N^o 166 : accouchement provoqué par B. de Kraüse.
- N^o 193 : césarienne pour enfant précieux.

Nous avons recueilli en outre :

- 3 hospitalisations pour grossesse arrêtée :
 - n^o 93 : fracture du rocher à 4 mois de grossesse ; bruits du cœur perçus jusqu'à 5 mois.

- n° 78 : mort inexpliquée du fœtus au voisinage du terme.
- n° 194 : mort habituelle ; syndrome néphrotique.
- 3 cas d'hydramnios :
 - n° 32 : malformation fœtale (tumeur sacro-coccygienne).
 - n° 112 : cause indéfinie.
 - n° 125 : anencéphalie.
- 1 cas de placenta prævia : n° 199, placenta prævia latéral : accouchement provoqué à terme par perfusion de post-hypophyse : enfant vivant.
- 1 cas de décollement de placenta normalement inséré : n° 180, enfant mort.
- 1 cas de suspicion de grossesse extra utérine : bilan négatif.
- 1 hospitalisation pour bilan de vitalité fœtale pour antécédents de galactosémie congénitale.
- 1 cas de rupture utérine d'un utérus borgne : n° 12.

QUATRIÈME GROUPE

Maladies spéciales à l'état de gestation

Dans ce groupe des maladies spéciales à l'état de gestation, nous rapporterons, tout d'abord, 1 cas d'ictère gravidique récidivant (obs. n° 30) ayant donné lieu à l'accouchement prématuré spontané d'un enfant mort-né. Ensuite, nous considérerons après les vomissements gravidiques, les grossesses hétérogènes avec iso-immunisation et enfin les dysgravidies avec ou sans albuminurie.

Nous savons que pour désigner ces maladies spéciales à l'état de gestation, M. le Professeur Pigeaud a créé le terme de « **dys-gravidie** ». Il distingue les dysgravidies des trois premiers mois (parmi lesquelles vomissements et ptyalisme) qui accompagnent le passage de l'état de non-gravidité à l'état de gestation physiologique réalisé au deuxième trimestre, et les dysgravidies du troisième trimestre qui accompagnent la désintégration progressive des édifications gravidiques, étant entendu que l'accouchement ne

représente qu'une étape de cette désintégration, et non son point final.

Nous ferons donc figurer dans cette rubrique toutes les observations témoignant d'un déséquilibre de l'état gravidique ; cependant, nous désignerons essentiellement sous le terme de dysgravidie les déséquilibres du troisième trimestre se traduisant par de l'**albuminurie**, des **œdèmes**, de l'**hypertension**, accompagnés ou non de signes généraux ou fonctionnels plus ou moins marqués.

Parmi les dysgravidies du troisième trimestre, nous distinguons :

- Les dysgravidies avec hypertension ou œdème (prise de poids importante) **sans albuminurie**.
- Les néphropathies gravidiques dans lesquelles aux symptômes précédents, s'ajoute l'albuminurie. Celle-ci ne doit pas faire perdre de vue (surtout si l'on considère que la grossesse normale s'accompagne d'une légère hypotension) que **l'élévation tensionnelle même faible reste l'élément essentiel de la néphropathie**. Selon M. le Professeur Pigeaud, il n'y a pas de néphropathie sans élévation tensionnelle.

Cette expression « néphropathie gravidique », forme clinique des dysgravidies, est une expression qui doit être conservée dans la mesure où, attirant l'attention sur les perturbations du fonctionnement rénal, (perturbations secondaires, et habituellement régressives), elle facilite le dépistage par les sages-femmes et les médecins praticiens de la maladie gravidique.

La crainte de la néphropathie gravidique et de ses redoutables complications est à l'origine de l'extrême prudence des praticiens vis-à-vis de toute albuminurie ou modification tensionnelle au cours de la grossesse. C'est ainsi que de nombreuses malades ont été hospitalisées pour de simples albuminuries minimales ou élévations tensionnelles transitoires d'origine neurotonique cédant rapidement par le repos et que nous avons classées malgré tout dans les dysgravidies.

Jusqu'en 1957, les élèves de la clinique obstétricale qui ont consacré leur thèse à l'étude de la pathologie gravidique, n'ont étudié en détail que les néphropathies gravidiques rares, c'est-à-

dire se manifestant chez des femmes exemptes d'antécédents et ne présentant aucun signe d'atteinte rénale ou vasculaire au cours des premiers mois de grossesse.

Ces faits sont très différents de ceux ayant trait aux néphrites mais, malgré tout, un certain nombre de néphrites chroniques présentent, au cours des derniers mois de la grossesse, des signes d'aggravation. Tout se passe, cliniquement et biologiquement, comme si le trouble fonctionnel se surajoutait aux manifestations pathologiques initiales. On peut donc considérer que ces aggravations de néphrites chroniques en fin de grossesse (aggravations qui souvent rétrocedent après l'accouchement) correspondent à des **néphropathies gravidiques surajoutées** à la maladie chronique antérieure. Nous les faisons maintenant figurer parmi nos observations détaillées.

Il a aussi été signalé la fréquence de l'association : néphropathie gravidique ou néphrite chronique et pyurie. Nous ne pensons pas que les inflammations urinaires jouent un rôle important dans la pathogénie habituelle des néphropathies ; nous pensons au contraire que ces pyuries apparaissent secondairement chez une femme enceinte maintenue au lit pendant longtemps et soumise à un régime favorisant singulièrement l'apparition d'une colibacillose.

Depuis 1961, pour préciser le diagnostic, on fait appel à l'étude électrophorétique des urines des femmes enceintes présentant une protéinurie. (Thèse de E. Delarbre, Lyon, 1962).

Il semble que l'on puisse ainsi aider à préciser le diagnostic étiologique des protéinuries de la grossesse, ceci tout spécialement dans le cas des pyélonéphrites larvées où le traitement est important, qui doit éliminer le passage à la chronicité et le risque de néphrite interstitielle ascendante.

Nous éliminerons donc de ce cadre nosologique les affections des voies urinaires.

Vomissements gravidiques : 15 observations : n^{os} 39 - 63 - 100 - 113 - 115 - 123 - 128 - 130 - 132 - 140 - 145 - 152 - 168 - 171 - 183.

Rappel pour 1949 : 18 observations

1950 : 21 —

1951 : 12 —

1952 : 14 —

1953 :	22	—
1954 :	25	—
1956 :	26	—
1957 :	23	—
1958 :	20	—
1959 :	26	—
1960 :	29	—
1961 :	35	—

Grossesses hétérogènes avec iso-immunisation : 15 observations : n^{os} 14 - 29 - 31 - 64 - 78 - 96 - 105 - 108 - 120 - 121 - 153 - 155 - 163 - 188 - 191.

Rappel pour 1953 : 10 observations

1954 :	5	—
1955 :	13	—
1956 :	13	—
1957 :	18	—
1958 :	20	—
1959 :	29	—
1960 :	17	—
1961 :	24	—

Dysgravidies sans albuminurie : 12 observations : n^{os} 2 - 6 - 19 - 27 - 71 - 75 - 157 - 36 - 129 - 181 - 159 - 186.

Rappel pour 1950 : 9 observations

1951 :	29	—
1952 :	17	—
1953 :	13	—
1954 :	30	—
1955 :	31	—
1956 :	24	—
1957 :	16	—
1958 :	38	—
1959 :	23	—
1960 :	47	—
1961 :	19	—

Néphropathies gravidiques pures : 21 observations : n^{os} 4 - 11 - 33 - 44 - 59 - 61 - 66 - 67 - 68 - 73 - 88 - 116 - 117 - 118 - 124 - 133 - 135 - 141 - 164 - 173 - 185.

Rappel pour 1949 : 27 observations

1950 :	31	—
1951 :	33	—
1952 :	31	—
1953 :	34	—
1954 :	41	—
1955 :	30	—
1956 :	36	—
1957 :	32	—
1958 :	43	—
1959 :	45	—
1960 :	44	—
1961 :	31	—

Néphropathies gravidiques surajoutées : 3 observations : n^{os} 20 - 40 - 147.

Rappel pour 1958 : 7 observations

1959 :	7	—
1960 :	12	—
1961 :	9	—

Nos 15 observations de **vomissements gravidiques** concernent toutes des vomissements des trois premiers mois de la grossesse.

Nos 15 observations de **grossesses hétérogènes avec iso-immunisation** comportent :

14 cas d'iso-immunisation anti-Rh.

1 cas d'iso-immunisation anti-c.

Parmi les iso-immunisations anti-Rh, nous avons relevé :

- 4 cas d'iso-immunisation de type mineur avec enfants vivants dont l'atteinte minime n'exigea pas d'exsanguino-transfusion. N^{os} 96 - 108 - 155 - 188.
- 6 cas d'iso-immunisation sévère dans lesquels la thérapeutique a permis d'obtenir des enfants vivants :
N^{os} 14 - 29 - 163 par accouchement prématuré provoqué et exsanguino-transfusion précoce.
N^{os} 64 - 121 - 191 par césarienne 20 jours avant terme et exsanguino-transfusion précoce.

3 cas d'anasarque foëto-placentaire avec foetus macéré :
n^{os} 31 - 78 - 153.

1 interruption thérapeutique de grossesse pour troubles
psychiques graves et antécédents d'iso-immunisations
sévères avec échec des traitements cortisoniques chez
une grande multipare : n° 105.

Le cas d'iso-immunisation anti-c, iso-immunisation de type
mineur n'a pas exigé d'exsanguino-transfusion.

En plus de ces 15 cas de grossesses hétérogènes avec iso-immu-
nisation, nous avons relevé :

- 5 cas d'hospitalisation pour antécédents d'iso-immunisa-
tion anti-Rh avec enfants Rh- au cours de la grossesse
actuelle : n^{os} 1 - 41 - 47 - 89 - 95.
 - 1 cas d'antécédent d'iso-immunisation anti-B sans iso-
immunisation au cours de la grossesse actuelle : n° 55.
 - Nos 12 observations de **dysgravidies sans albuminurie**, se
décomposent ainsi :
 - 9 cas de dysgravidies hypertensives pures : n^{os} 2 - 6 -
19 - 27 - 71 - 75 - 157 - 159 - 186.
 - 2 cas de dysgravidies hypertensives et œdémateuses :
n^{os} 129 - 181.
 - 1 cas de dysgravidie avec œdèmes nettement prédomi-
nant : n° 36.
-

LES NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES

OBSERVATION N° 4

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée chez une gémellaire.

Chronologie : 1^{er} geste, fin du 6^e mois.

Bilan sanguin :

10.1.62 : hématokrite : 34 % - RA : 41,2 - Cl : 103 - Na : 134 - K : 4.
Urée : 0,46 - Pt : 55.
Electrophorèse du sérum : légère élévation des béto-globulines.

Evolution tensionnelle :

8.1.62 : TA : 140/70.
9.1.62 : TA : 130/65.
10.1.62 : TA : 125/65.

Bilan urinaire :

Albumine : 0,05. Quelques débris cellulaires.

Bilan hormonal :

10.1.62 : PG : 92,4 - GT : 227.
FV : IE : 12 % - IK : 19 %.

Examens spéciaux :

10.1.62 : FO : normal.

Evolution de la grossesse :

10.1.62 : Accouchement prématuré spontané 3 mois avant terme de jumeaux qui décèdent rapidement.

Evolution de la néphropathie :

10.1.62 : Alb. : 0.
13.1.62 : TA : 115.

(voir observation du pavillon J.R. 53, page 184.)

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée chez une gémellaire. Il s'est agi d'une grossesse unichoriale, avec un transfusé, anasarque, mort immédiatement après la naissance, et un transfuseur maigre, vivant mais grand débile. L'histologie d'un fragment de placenta montre un début d'anasarque.

OBSERVATION N° 11

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA élevée.

Chronologie : 1^{re} geste avec terme dépassé de 8 jours.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

26.1.62 : Hématocrite : 31 % - RA : 526 - Cl : 103 - Na : 139 - K : 4,75

Urée : 0,26 - PT : 63 - S : 37 - G : 26 - S/G : 1,42.

Cholestérol : 3,90.

Electrophorèse du sérum : nette élévation des composants alpha 2 lourds.

Evolution tensionnelle :

24.1.62 : TA : 135/80.

25.1.62 : TA : 140/75.

26.1.62 : TA : 150/90.

Bilan urinaire :

24.1.62 : Alb. : 1 disque.

26.1.62 : 0,05 - Electrophorèse des urines : tracé évoquant une glomérulo-néphrite chronique.

Bilan hormonal :

PG : 21.

GT : 42.

Evolution de la grossesse :

Accouchement spontané (observation n° 216).

Enfant :

Garçon 2970/670, vitalité + +.

Evolution de la néphropathie :

31.2.62 : TA : 145/90 - Alb. : 0.

4.4.62 : TA : 110/70 - Alb. : 0.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte. Disparition rapide de l'albumine et plus lente de l'HTA dans les suites de couches. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 33

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : 1^{re} geste, fin du 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Prééclampsie.

Bilan sanguin :

2.3.62 : Hématocrite : 36 % - RA : 43,5 - Cl : 115 - Na : 137 - K : 3,10 - Urée : 0,31 - PT : 51.

3.3.62 : Electrophorèse du sérum : nette élévation des alpha 1, des alpha 2 et des bêta globulines.

Evolution tensionnelle :

2.3.64 : TA : 160/120.

15.3.62 : TA : 150/120.

Bilan urinaire :

2.3.62 : Alb. : 0,60. Cristaux, leucocytes isolés non altérés, quelques hématies, cellules épithéliales.

8.3.62 : Alb. : 5 gr, assez nombreuses cellules, rares hématies.

Electrophorèse des urines : Elimination prédominante d'albumine et de bêta globulines.

Bilan hormonal :

5.3.62 : PG : 32 - GT : 66 - FV : IE : 1 % - IK : 21 %.

8.3.62 : PG : 32 - OET : 2160 - K : 12,5.

Examens spéciaux :

9.3.62 : FO : Normal.

Evolution de la grossesse :

Accouchement prématuré provoqué 1 mois avant terme (B. de Kraüse) (obs. n° 616).

Enfant :

Garçon, grand débile, 1720/400.

Evolution de la néphropathie :

1 mois plus tard : Alb. : 0,40 - TA : 12/8.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte, prééclampsie, accouchement provoqué 1 mois avant terme, persistance de l'albuminurie dans les suites de couches. Mère et enfant quittent le service en bonne santé.

OBSERVATION N° 44

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : VI^e geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

17.3.62 : Hématocrite : 44 % - RA : 53 - Cl : 103 - Na : 132 - K : 4,10 - Urée : 0,34 - PT : 70,5.

19.3.62 : Electrophorèse du sérum : Elévation moyenne des alpha 2 et des bêta globulines.

Evolution tensionnelle :

17.3.62 : TA : 17/10.

18.3.62 : TA : 14/10.

19.3.62 : TA : 15/9.

20.3.62 : TA : 18/12.

21.3.62 : TA : 15/10.

22.3.62 : TA : 16/10.

Bilan urinaire :

17.3.62 : Alb. : traces.

19.3.62 : Alb. : 0,20.

Assez nombreux leucocytes isolés plus ou moins altérés ; très rares hématies. Culture : entérocoque hémolytique.

Electrophorèse des urines : Elimination de toutes les protéines sériques avec prédominance marquée de l'albumine et des bêta globulines.

Bilan hormonal :

19.3.62 : CÉT : 58,40 - K : 10,6.

FV : Cellules intermédiaires naviculaires en amas clair.

IE : 2 % - IK : 3 %.

Examens spéciaux :

FO : RAS.

Evolution de la grossesse :

Accouchement prématuré spontané 15 jours avant terme (obs. n° 655).

Enfant :

Garçon 2200/370 - Vitalité : + +.

Evolution de la néphropathie :

Dans les suites de couches, diminution progressive de la TA : 13/8 à la sortie avec albumine : 0.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte, accouchement prématuré spontané 15 jours avant terme. Persistance d'une HTA relative dans les suites de couches. Mère et enfant quittent le service en bonne santé.

OBSERVATION N° 59

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 8^e mois.

Accident paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

24.4.62 : Hématocrite : 43 % - RA : 42 - Cl : 107 - Na : 134 - K 4,10 -
Urée : 0,31 - PT : 68.

Electrophorèse du sérum : légère élévation des alpha 1 et des
alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

21.4.62 : TA : 13/8.

23.4.62 : TA : 13/6.

24.4.62 : TA : 13/7.

25.4.62 : 12/7.

26.4.62 : TA : 12/7.

Bilan urinaire :

24.4.62 : Alb. : 0,30. Nombreuses cellules, quelques polynucléaires, rares
hématies, pas de cylindres, pas de germes, pas de BK ; cul-
ture : pyocyanique.

Electrophorèse des urines : grosse alpha 1 et bêta. Les alpha 2
et gamma globulines présentes sont peu élevées.

Bilan hormonal :

26.4.62 : K : 7,8.

30.4.62 : PG : 29,7 - GT : 54.

Examens spéciaux :

FO : Normal.

Evolution de la grossesse :

Accouchement prématuré spontané 10 jours avant terme (obs. n° 977).

Enfant :

Garçon : 2850/630 - Vitalité : + +.

Evolution de la néphropathie :

Persistance à la sortie d'une légère albuminurie et d'une TA entre 13
et 15.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée. APS 10 jours avant
terme. Persistance à la sortie du service de petits signes rénaux et d'une
légère HTA. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 61

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée chez une
gémellaire.

Chronologie : III^e qeste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

27.4.62 : Hc : 36% - RA : 46 - Cl : 107 - Na : 131 - K : 4,35 - Urée : 0,25 - Pt : 58 - Cholestérol : 2,15.

Electrophorèse du sérum : nette élévation des bêta et des alpha 1 globulines. Les alpha 2 sont légèrement augmentées.

Evolution tensionnelle :

26.4.62 : TA : 135/80.

27.4.62 : TA : 105/60.

28.4.62 : TA : 110/70.

Bilan urinaire :

26.4.62 : Alb. : +. Cristaux, mucus, quelques cellules, rares polynucléaires, rares hématies, pas de cylindre. Bacilles gram - culture : pyocyanique et staphylocoque blanc non pathogène.

30.4.62 : Electrophorèse des urines : très forte élimination d'alpha 2 et des bêta globulines. Forte élimination de gamma globulines. Les alpha 1 et surtout l'albumine sont éliminées en très petite quantité.

Bilan hormonal :

28.4.62 : PST : 7220/24 h - PG : 57 - GT : 109 - K : 3,9.

Evolution de la grossesse :

ASAT de jumeaux (obs. n^{os} 1075 - 1076).

Enfants :

2 garçons 3300 et 3280/1520 - Vitalité + + +.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée chez une gémellaire au 8^e mois. Amélioration immédiate dans les suites de couches. Mère et enfants quittent le service en bon état.

OBSERVATION N^o 66

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

7.5.62 : Hc : 39 % - RA : 37 - Cl : 106 - Na : 136 - K : 3,8 - Urée : 0,31 - Pt : 66.

8.5.62 : Electrophorèse : légère élévation des alpha 2 et des bêta globulines.

Evolution tensionnelle :

5.5.62 : TA : 135/70.

6.5.62 : TA : 120/75.

8.5.62 : TA : 120/75.

10.5.62 : TA : 110/70.

Bilan urinaire :

5.5.62 : Alb. : 0,15. Très nombreux leucocytes isolés non altérés et en amas plus ou moins altérés ; nombreuses hématies.

8.5.62 : Electrophorèse des urines : importante élimination des globulines, notamment des bêta ; élimination des gamma globulines.

Bilan hormonal :

PST : 12600/24 heures - K : 5 - PG : 51,5 - GT : 92,5 - FV : IK : 4 % ; dyschromatophilie.

Examens spéciaux :

FO : normal - TACR : 50.

Evolution de la grossesse :

ASAT (obs. n° 1214).

Enfant :

Fille 2450/480 - vitalité +.

Evolution de la néphropathie :

Très rapide cessation de tous les symptômes.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée au 7^e mois. ASAT rapide amélioration. Mère et enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 67

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : 1^{re} geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques : Eclampsie.

Bilan sanguin :

2.5.62 : Hc : 41 % - RA : 36,6 - Cl : 116 - Na : 135 - K : 4,5 -
Urée : 0,48.

Evolution tensionnelle :

6.5.62 : TA : 155/100.

9.5.62 : TA : 140/90.

10.5.62 : TA : 115/70.

Bilan urinaire :

8.5.62 : Alb. : 0,20. Quelques leucocytes isolés non altérés. Assez nombreuses hématies.

9.5.62 : Alb. : 0. RAS.

Bilan hormonal :

9.5.62 : PG : 33 - GT : 60.

FV : IK : 7 %. Dyschromatophilie.

Examens spéciaux :

FO : normal - EEG : normal.

Evolution de la grossesse :

APS 45 jours avant terme (obs. n° 1055).

Enfant :

Fille 2080/480 - Vitalité +.

Evolution de la néphropathie :

La TA reste un peu élevée à 13/8. L'albumine a disparu.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte. Eclampsie. APS d'un débile. Départ avec albumine : 0. TA : 13/8. Mère et enfant en excellent état.

OBSERVATION N° 68

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : 1^{re} geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : néant.

Bilan sanguin :

12.5.62 : Hc : 38 % - RA : 38 - Cl : 108 - Na : 146 - K : 3,3 - Urée : 0,40 - Pt : 57 - S : 34,5 - G : 23,5 - S/G : 1,53.

14.5.62 : Electrophorèse du sérum : très forte élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines. Elévation des bêta globulines.

Evolution tensionnelles :

12.5.62 : TA : 155/80.

13.5.62 : TA : 160/80.

14.5.62 : TA : 160/100.

15.5.62 : TA : 170/100.

16.5.62 : TA : 150/100.

Bilan urinaire :

12.5.62 : Alb. : 1,65. Rares leucocytes ; très rares hématies ; nombreuses cellules épithéliales.

16.5.62 : Alb. : 1 gr. Assez nombreux leucocytes isolés non altérés et quelques-uns plus ou moins altérés.
Electrophorèse des urines : tracé de néphropathie gravidique.

Bilan hormonal :

PG : 29 - GT : 54 - OET : 14380/24 h.

Examens spéciaux :

FO : Un seul exsudat blanchâtre au niveau du premier coude de l'artère temporale supérieure droite. TACR : 55 à droite, 60 à gauche.

Evolution de la grossesse :

APP par RAM, 1 mois avant terme (obs. n° 1092).

Enfant :

Garçon 2920/500 - Vitalité + - Forceps pour arrêt de la progression.

Evolution de la néphropathie :

2 heures après l'accouchement, la malade va bien mais, Alb. : + + +, TA : 21/11. Les jours suivants, diminution de la TA et du taux d'albumine.

18.5.62 : TA : 11/5.

20.5.62 : Alb. : 0,20.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte. APP par RAM, 1 mois avant terme d'un enfant peu touché. Retour lent à la normale de la TA : petite albuminurie à la fin du séjour. Mère et enfant quittent le service en bonne santé.

OBSERVATION N° 73

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, début du 9^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

17.5.62 : Urée : 0,30 - RA : 40 - Pt : 62 - Cholestérol : 2,50.

Electrophorèse du sérum : forte élévation des alpha 2 et des bêta globulines.

Evolution tensionnelle :

TA à 130/90 tout au long du séjour.

Bilan urinaire :

16.5.62 : Alb. 6 gr. Quelques leucocytes isolés plus ou moins altérés ; quelques cellules ; petits cylindres granuleux en assez grand nombre.

21.5.62 : Alb. : 0,60 ; nombreux leucocytes isolés plus ou moins altérés ; quelques cellules épithéliales.

17.5.62 : Electrophorèse : élimination très prédominante d'albumine et de bêta globuline.

Bilan hormonal :

17.5.62 : OET : 2080/24 h - K : 13.

Examens spéciaux :

FO normal.

Evolution de la grossesse :

APP par B. de K. 3 semaines avant terme (obs. n° 1142).

Enfant :

Fille 2760/650 - Vitalité + +.

Evolution de la néphropathie :

3 jours après l'accouchement. Alb. : 1 gr. 10 jours après : Alb. : 0,80 - TA : 13/8.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée. APP. Persistance de signes rénaux à la sortie, avec état satisfaisant. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 88

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : III^e geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

4.6.62 : HC : 39 % - Cl : 108 - Na : 136 - K : 3,8 - Urée : 0,30 - Pt : 68.

Electrophorèse du sérum : très nette élévation des alpha 2 et des bêta globulines.

Evolution tensionnelle :

1.6.62 : TA : 180/110.

1.6.62 au 15.6.62 : TA : 140/150-80/100.

15.6.62 au 9.7.62 : TA : 130-140/90.

Bilan urinaire :

4.6.62 : Alb. : 0,05.

12.6.62 : Alb. : 0,10 ; quelques leucocytes plus ou moins altérés, quelques cellules.

6.7.62 : Alb. : 0,30 ; rares leucocytes isolés non altérés.

Electrophorèse des urines : présence de toutes les protéines sériques. A noter l'importance assez grande des alpha 2 globulines.

Bilan hormonal :

7.6.62 : PG : 38,3 - GT : 71.

9.6.62 : K : 5,8.

28.6.62 : K : 9,5 - PG : 28 - GT : 52.

Examens spéciaux :

FO : normal - TACR : 130/65.

Radio fœtale : squelette normal pour le début du 9^e mois.

Evolution de la grossesse :

APP par B. de K. 18 jours avant terme (obs. n° 1537).

Enfant :

Fille 2200/600 - Vitalité ++.

Evolution de la néphropathie :

Rapide rétrocession des signes rénaux. Noter, cependant une phlébite dans les suites de couches.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte. APP. Guérison rapide. Enfant bien portant.

OBSERVATION N° 116

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 9^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

12.7.62 : Hc : 37 % - RA : 54 - Urée : 0,28 - Pt : 57.

Electrophorèse du sérum : nette élévation des alpha 1, des alpha 2 et des bêta globulines.

Evolution tensionnelle :

7.7.62 : TA : 13/7.

23.7.62 : TA : 13/8.

Bilan urinaire :

11.7.62 : Alb. : 0,028 - cytologie normale.

Electrophorèse des urines : présence d'albumine et d'un bloc mal dissocié de globulines.

Bilan hormonal :

13.7.62 : PG : 54 - GT : 111.

Evolution de la grossesse :

ASAT (obs. n° 1780).

Enfant :

Fille 4400/580 - Vitalité + +.

Evolution de la néphropathie :

Guérison chez cette femme faiblement touchée.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée. ASAT. Mère et enfant quittent le service en bonne santé.

OBSERVATION N° 117

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : III^e geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

Pt : 67 - S : 40,5 - G : 26,5 - S/G : 1,53.

13.7.62 : Electrophorèse du sérum : légère élévation des alpha 1 et des alpha 2 globulines. Nette élévation des bêta.

Evolution tensionnelle :

12.7.62 : TA : 150/80. Les jours suivants, la TA oscille entre 125 et 145.

Bilan urinaire :

12.7.62 : Alb. : 0,05 ; nombreuses hématies, quelques leucocytes isolés non altérés.

Electrophorèse des urines : élimination très prédominante de l'albumine ; les globulines sont assez mal séparées.

Bilan hormonal :

18.7.62 : PG : 27,3 - GT : 43,5.

FV : quelques rares cellules parabasales.

Evolution de la grossesse :

ASAT (obs. n° 1750).

Enfant :

Garçon 3420/620, forceps pour arrêt de la progression ; enfant réanimé plus de 5 minutes.

Evolution de la néphropathie :

Guérison rapide.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée, ASAT. Mère et enfant en bonne santé à la sortie du service.

OBSERVATION N° 118

Classement : Néphropathie pure avec HTA modérée.

Chronologie : VI^e geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

13.7.62 : Electrophorèse du sérum : légère élévation des alpha 2 globulines ; nette élévation des bêta globulines.

Evolution tensionnelle :

13.7.62 : TA : 140/90.

16.7.62 : TA : 150/95.

17.7.62 : TA : 130/90.

19.7.62 : TA : 135/95.

31.7.62 : TA : 150/90.

1.8.62 : TA : 135/80.

2.8.62 : TA : 150/90.

Bilan urinaire :

16.7.62 : Alb. : 0 ; cytologie : RAS.

3.8.62 : Alb. : 1 gr ; quelques leucocytes isolés altérés, quelques cellules.

13.7.62 : Electrophorèse des urines : protéinurie complexe, aspect voisin de celui du sérum.

Bilan hormonal :

18.7.63 : PG : 22,8 - GT : 39 - FV : IE : 2 % - IK : 9 %.

Evolution de la grossesse :

APS 10 jours avant terme (obs. n° 1736).

Enfant :

Fille 3340/790, vitalité + +.

Evolution de la néphropathie :

Rétrocession progressive des symptômes jusqu'à la guérison.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée. APS. Mère et enfant quittent le service en bonne santé.

OBSERVATION N° 124

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : 1^{re} geste à terme entrant dans le service avec un syndrome de prééclampsie.

Accidents paroxystiques : Prééclampsie.

Bilan sanguin :

25.7.62 : Hc : 44 % - RA : 43 - Cl : 109 - Na : 145 - K : 3,7 - Urée 0,39.

Evolution tensionnelle :

25.7.62 : TA : 150/90.

26.7.62 : TA : 160/90.

Bilan urinaire :

25.7.62 : Alb. : 10 gr, nombreux leucocytes isolés non altérés ; hématies ; très nombreuses cellules.

Examens spéciaux :

FO : œdème papillaires + + +.

Evolution de la grossesse :

ASAT (obs. n° 1679).

Enfant :

Mort-né macéré 2800/480.

Evolution de la néphropathie :

Résorption des œdèmes, baisse progressive de l'albuminurie. Malade revue 2 mois plus tard avec albumine : 0 et TA : 12/6.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte. Prééclampsie au voisinage du terme avec ASAT d'un macéré. Guérison totale.

OBSERVATION N° 133

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : 1^{re} geste, 9 mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

20.8.62 : Cholestérol : 3,05 - Hc : 44 % - RA : 50 - Cl : 118 - Na : 149 - K : 3,70 - Urée : 0,49 - Pt : 60.

Electrophorèse du sérum : nette élévation des bêta globulines.

Evolution tensionnelle :

160/100.

Bilan urinaire :

20.8.62 : Alb. : 0,30 ; rares leucocytes isolés non altérés.

Electrophorèse des urines : tracé de néphrose avec élimination d'albumine, d'alpha 1 et de bêta globulines.

Bilan hormonal :

23.8.62 : PG : 45 - GT : 85 - OET : 3580 - K : 14,5.

Examens spéciaux :

FO : normal ; TACR : 65.

Evolution de la grossesse :

ASAT (obs. n° 1966).

Enfant :

Garçon 3300/670, vitalité +.

Evolution de la néphropathie :

Retour à une TA normale ; persistance de l'albuminurie.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte. ASAT ; albuminurie persistante ; enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 135

Classement : Néphropathie gravidique pure récidivante avec HTA forte.

Chronologie : III^e geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

21.8.62 : Hc : 34 % - RA : 38 - Cl : 108 - Na : 143 - K : 3,40 - Pt : 51 -
Urée : 0,32.

Electrophorèse du sérum : légère élévation des alpha 1 et 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

20.8.62 : TA : 170/100.

21.8.62 au 28.8.62 : TA oscille entre 135-145/85-90.

Bilan urinaire :

28.8.62 : Alb. : 0,30, quelques leucocytes isolés non altérés ; nombreuses cellules.

25.8.62 : Alb. : 0,10.

Electrophorèse des urines : tracé typique de néphropathie.

Bilan hormonal :

23.8.62 : PG : 40 - GT : 83.

Examens spéciaux :

FO : normal ; TACR : 45.

Evolution de la grossesse :

APP par B. de K. et perfusion de post-hypophyse 10 jours avant terme (obs. n° 2129).

Enfant :

Fille 2400/600, réanimée moins de 5 minutes.

Evolution de la néphropathie :

Persistance de l'albumine - TA : 13,5.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure récidivante avec HTA forte. APP. Persistance de l'albuminurie et d'une HTA modérée. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 141

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : VIII^e geste, voisinage du terme.

Accidents paroxystiques : DPPNI avec mort de l'enfant. Fibrinolyse.

Bilan sanguin :

1.9.62 : Hc : 40 % - RA : 50 - Cl : 110 - Na : 138 - K : 4,2 - Urée : 0,20 - Pt : 65 - Cholestérol : 3,25 - Pt : 63 - S : 34,5 - G : 28,5 S/G : 1,25.

Electrophorèse du sérum : nette élévation des alpha 1, des alpha 2 et des bêta globulines.

Evolution tensionnelle :

29.8.62 : TA : 16/9.

30.8.62 : TA : 105/70.

31.8.62 : TA : 110/75.

3.9.62 : TA : 95/75.

Bilan urinaire :

30.8.62 : Alb. : 0,60 ; nombreuses cellules.

Electrophorèse des urines : élimination prédominante d'albumine, d'alpha 1 et de bêta globulines.

Bilan hormonal :

3.9.62 : PG : 43 - GT : 79.

Examens spéciaux :

FO : pas d'hémorragie, pas d'exsudat. TACR : 70.

Evolution de la grossesse :

4.9.62 : Malaise brutal, tableau de choc, on porte le diagnostic de DPPNI ; accouchement spontané ce jour d'un mort-né. Hémorragie de la délivrance par fibrinolyse.

Enfant :

Garçon mort-né 3500/650 (obs. n° 2006).

Evolution de la néphropathie :

2 jours après ce dramatique tableau : Alb. : 0 - Cytologie : RAS - TA : normale.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte. DPPNI à terme avec mort de l'enfant. Hémorragie de la délivrance par fibrinolyse. Guérison spectaculaire de la néphropathie. La malade quitte le service en très bonne santé.

OBSERVATION N° 164

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : III^e geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques : prééclampsie.

Bilan sanguin :

2.10.62 : Hc : 30 % - RA : 38 - Cl : 118 - Na : 133 - K : 3,5 - Urée : 0,28 - Pt : 47 - S : 27 - G : 20 - S/G : 1,35 - Cholestérol : 2,28.

Electrophorèse du sérum : très nette élévation des alpha 1 globulines. Elévation modérée des alpha 2 et des bêta 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

29.9.62 : TA : 190/120.

30.9.62 : TA : 150/85.

3.10.62 : TA : 160/100.

130-140 les jours suivants.

Bilan urinaire :

2.10.62 : Alb. : 0,80

4.10.62 : Alb. : 2,60

7.10.62 : Alb. : 4,50, nombreuses cellules, rares hématies, rares leucocytes isolés plus ou moins altérés.

Electrophorèse des urines : tracé de néphropathie gravidique, avec toutefois quelques gamma globulines.

Bilan hormonal :

4.10.62 : K : 6,8 - PG : 38 - GT : 75,5 - FV : IE : 1 % - IK : 4 % - Classe : A2.

Examens spéciaux :

FO : normal - TACR : 60 - Radio fœtale : fœtus unique, ossification normale, pas de malformation.

Evolution de la grossesse :

Constitution d'un hydramnios obligeant à ponctionner et APP 1 mois avant terme par RAM (obs. n° 2424).

Enfant :

Garçon 2000/690, vitalité ++, sans malformation apparente ou clinique.

Evolution de la néphropathie :

Persistance d'une albuminurie à 0,10 - TA : 13/8.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte, syndrome prééclampsique. APP par RAM. Enfant débile mais de bon aspect. Persistance d'une légère albuminurie.

OBSERVATION N° 173

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA forte.

Chronologie : 1^{re} geste à terme.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

22.10.62 : Electrophorèse du sérum : nette élévation des alpha 1 et des alpha 2 globulines. Légère hypoprotidémie.

Evolution tensionnelle :

A l'entrée : 170/100.

21.10.62 : TA : 115/80.

22.10.62 : TA : 110/80.

Bilan urinaire :

19.10.62 : Alb. : 7,50 gr. Petits débris de cylindres granuleux ; assez nombreux leucocytes isolés plus ou moins altérés. Rares hématies.

Electrophorèse des urines : très forte prédominance de l'albumine. On note des gamma globulines non négligeables.

Evolution de la grossesse :

ASAT (obs. n° 2396).

Enfant :

Fille 2840/530, vitalité +.

Evolution de la néphropathie :

Persistance d'une albuminurie et d'une TA à 14/9.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA forte. ASAT. Persistance des signes rénaux et d'une petite HTA. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 185

Classement : Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée.

Chronologie : 1^{re} geste, 8^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

29.11.62 : Hc : 42 % - RA : 44 - Cl : 110 - Na : 139 - K : 4,7 - Urée : 0,27 - Pt : 58.
Electrophorèse du sérum : élévation modérée des alpha 1 et 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

Stable à 130/100, tout au long du séjour.

Bilan urinaire :

29.11.62 : Alb. : 0,85 ; quelques hématies.
5.12.62 : Alb. : 0,10 ; assez nombreux leucocytes isolés non altérés ; quelques cellules.
Electrophorèse des urines : présence de toutes les protéines sériques. Prédominance de l'albumine et des bêta globulines.

Bilan hormonal :

PG : 47 - GT : 88 - K : 5 - FV : IE : 1 % - IK : 3 %.

Examens spéciaux :

FO : normal - TACR 70.

Evolution de la grossesse :

APS 18 jours avant terme (obs. n° 2874).

Enfant :

Garçon 2550/420, vitalité +.

Evolution de la néphropathie :

A noter ici une surinfection urinaire. La malade conserve une albuminurie à 0,20, quelques cellules et des leucocytes isolés plus ou moins altérés. La TA est normale.

Conclusion :

Néphropathie gravidique pure avec HTA modérée, APS. Surinfection urinaire. Sortie du service avec un traitement antibiotique. Enfant en bonne santé.

OBSERVATION N° 20

Classement : Néphropathie gravidique surajoutée à une HTA habituelle et à des antécédents urémiques avec HTA modérée.

Chronologie : III^e geste, 9^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

7.2.62 : Hc : 27 - RA : 36 - Cl : 107 - NA : 135 - K : 4 - Urée : 0,18 - Pt : 69.

Electrophorèse du sérum : élévation marquée des alpha 1 et des alpha 2 globulines. Elévation des bêta et gamma globulines.

Evolution tensionnelle :

5.2.62 : TA : 140/80.

6.2.62 : TA : 130/70.

9.2.62 : TA : 150/90.

12.2.62 : TA : 130/80.

1.3.62 : TA : 130/80.

Bilan urinaire :

7.2.62 : Alb. : 0,05 ; quelques leucocytes isolés non altérés, très rares amas de leucocytes altérés.

28.2.62 : Alb. : 0,05 ; quelques leucocytes isolés non altérés ; nombreuses cellules. Electrophorèse des urines : proche d'une protéinurie physiologique.

Bilan hormonal :

PG : 119 - GT : 237 - FV : IE : + ou — 1 % - IK : 4 %.

Examens spéciaux :

FO : normal.

Evolution de la grossesse :

ASAT (obs. n° 495).

Enfant :

Fille 3920/800, vitalité + + +.

Evolution de la néphropathie :

4 jours après l'accouchement : alb. : 0.

Conclusion :

Néphropathie gravidique surajoutée à une hypertension habituelle avec notion d'urémie dans les antécédents. ASAT disparition rapide de tous symptômes. Mère et enfant en bonne santé à la sortie.

OBSERVATION N° 40

Classement : Néphropathie gravidique surajoutée à une petite HTA habituelle ; HTA forte.

Chronologie : 1^{re} geste, 7^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

Hc : 51 % - RA : 52,6 - Cl : 108 - NA : 139 - K : 3,75 - Urée : 0,32 - Pt : 69 - S : 40,5 - G : 28,5 - S/G : 1,42.

Electrophorèse du sérum : élévation moyenne des alpha 1 et des alpha 2 globulines.

Evolution tensionnelle :

9.3.62 : TA : 180/100.

10.3.62 : TA : 190/110.

12.3.62 : TA : 170/120.

13.3.62 : TA : 160/100.

14.3.62 : TA : 140/90.

Bilan urinaire :

10.3.62 : Alb. : 0,75, assez nombreuses cellules, rares leucocytes isolés non altérés.

14.3.62 : Alb. : 0,10.

Bilan hormonal :

PG : 23 - GT : 44 - K : 10,5 - FV : IE : 1 % - IK : 4 %.

Evolution de la grossesse :

N'a pas accouché dans le service, mais en clinique privée : APS.

Enfant :

Fille macérée 950/250, placenta avec infarctissements blancs.

Evolution de la néphropathie :

La malade n'a pu être suivie.

Conclusion :

Néphropathie gravidique surajoutée à une HTA habituelle, HTA forte - APS d'un macéré. Malade non suivie.

OBSERVATION N° 147 .

Classement : Néphropathie gravidique surajoutée à une HTA habituelle. HTA forte.

Chronologie : 1^{re} geste, 6^e mois.

Accidents paroxystiques : Néant.

Bilan sanguin :

7.9.62 : Hc : 30 - RA : 56,4 - Cl : 105 - Na : 152 - K : 4,3 - Urée : 0,46
Pt 62 :- S : 37 - G : 25 - S/G : 1,48.

Electrophorèse du sérum : légère élévation des alpha 1 et alpha 2 globulines.

Evolution de la tension artérielle :

6.9.62 : TA : 170/100.
7.9.62 : TA : 160/90.
8.9.62 : TA : 130/70.
11.9.62 : TA : 140/90.
25.10.62 : TA : 145/80.
22.11.62 : TA : 190/110.
24.11.62 : TA : 170/100.
25.11.62 : TA : 140/80.
26.11.62 : TA : 140/80.
27.11.62 : TA : 140/80.

Bilan urinaire :

7.9.62 : Alb. : 0,15, nombreuses hématies ; quelques leucocytes isolés non altérés.

Electrophorèse des urines : forte élimination d'alpha 1 et surtout d'alpha 2 globulines. Dédoublément de celles-ci.

Bilan hormonal :

10.9.62 : K : 4,6.
13.9.62 : PG : 21 - GT : 40.
19.9.62 : CS : 9,6 mg.

Examens spéciaux :

FO : normal - TACR : 50.

Evolution de la grossesse :

APS (obs. n° 2691) 3 semaines avant terme.

Enfant :

Fille 3000/680, vitalité : 9/10.

Evolution de la néphropathie :

4 jours après l'accouchement : alb. : 0,60 et TA oscillante entre 150 et 200. Onze jours plus tard : TA : 120/70 et alb. : 0.

Conclusion :

Néphropathie gravidique surajoutée à une petite HTA habituelle. HTA forte, APS. Amélioration progressive des symptômes, et quinze jours plus tard, à la sortie du service, disparition de tout signe rénal et TA : 120/70. Enfant en bonne santé.

COMMENTAIRES SUR LES NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES

Nous venons de publier, en nous efforçant de les rédiger de façon analogue, les 24 observations de néphropathies gravidiques prises au sujet des malades hospitalisées dans le service de la pathologie de la grossesse en 1962, et ayant accouché à la clinique obstétricale.

A propos de chacune d'elle, et selon le plan adopté au cours des années précédentes, nous avons étudié en particulier la chronologie du début de la dysgravidie par rapport au terme de la grossesse, les modifications du ionogramme, le dosage du pregnandiol, des œstrogènes, ainsi que le coefficient œstrogénique, le mode d'accouchement, la vitalité des enfants, les accidents particuliers (rétine, encéphale, prééclampsie, éclampsie) et l'évolution ultérieure lorsque nous avons pu suivre la mère.

Nous avons cru, également, intéressant d'introduire dans la rubrique « Classement » ou « Accidents paroxystiques » selon le cas, quelques notions sur les antécédents néphropathiques ou les affections associées éventuelles.

A propos des syndromes vasculo-rénaux de la gestation, nous publions plusieurs observations dans lesquelles a été entreprise une étude électrophorétique (Docteur F. Charvet) des urines albumineuses.

Ces recherches ont donné des résultats intéressants, contribuant dans certains cas difficiles à classer, à montrer la réalité d'un processus néphropathique, ou au contraire, la réalité d'une inflammation pyélonéphritique.

Elles ont l'immense avantage de pouvoir être faites pendant la grossesse et répétées aussi souvent qu'il est nécessaire.

Dans l'ensemble, elles donnent des résultats analogues à ceux obtenus à Toulouse par les ponctions biopsies du rein.

Si nos recherches électrophorétiques, qui s'avèrent déjà très intéressantes, confirment les espoirs suscités par les premiers résultats obtenus, il est bien évident que la ponction biopsie de rein ne sera utilisée que dans des cas exceptionnels et seulement dans la période des suites de couches. Les résultats que nous avons obtenu au cours de l'année 1962 sont difficiles à interpréter et un peu décevant du point de vue clinique, puisque dans la moitié des cas où le diagnostic de néphropathie gravidique avait été porté sur des données cliniques solides, les tracés électrophorétiques ont montré l'existence d'une tubulopathie traduisant en principe une atteinte rénale d'origine inflammatoire.

Comme nos prédécesseurs, nous avons apporté quelques modifications de détail au classement et à la rédaction des observations :

— Jusqu'en 1956, n'ont été décrites que les néphropathies gravidiques pures, classées en 3 catégories :

- Néphropathies gravidiques albumineuses simples.
- Néphropathies gravidiques œdémateuses.
- Néphropathies gravidiques hypertensives.

— A partir de 1957, donnant une importance particulière aux modifications tensionnelles, les néphropathies ont été réparties en deux catégories :

- Néphropathies gravidiques avec HTA modérée.
- Néphropathies gravidiques avec HTA forte.

Nous définissons ainsi ces deux variétés de néphropathies gravidiques :

1) Néphropathies gravidiques avec HTA modérée :

Il s'agit de malades présentant une albuminurie, avec ou sans œdèmes, et comportant des modifications tensionnelles modérées (maxima inférieure à 18) mais constantes. Rappelons que physiologiquement, chez la femme enceinte, il existe une hypotension. Actuellement nous considérons que toute tension supérieure à 12 sort des limites de la normale et que toute tension supérieure à 14 doit être considérée comme pathologique.

II) Néphropathies gravidiques avec HTA forte :

Les malades qui en sont atteintes présentent une albuminurie, accompagnée ou non d'œdèmes, mais, fait essentiel, elles présentent une hypertension élevée (supérieure à 18 pour la maxima et minima supérieure à 10 avant traitement), durable, résistant au repos et aux traitements habituels. Elle est tout à fait différente de l'hypertension passagère qui accompagne dans toutes les néphropathies gravidiques les accidents éclamptiques. Cette forme de néphropathie gravidique est la plus grave, et s'accompagne du taux le plus élevé de mortalité fœtale.

— Enfin depuis 1958, (Thèse de R. Torre), à côté des néphropathies gravidiques pures avec hypertension modérée ou forte, nous étudions les néphropathies gravidiques surajoutées à une néphrite chronique ou à une hypertension essentielle. Ces néphropathies gravidiques surajoutées ont elles aussi été classées en néphropathies avec hypertension modérée et néphropathies avec hypertension forte.

Nous avons relevé pour l'année 1962 :

— Néphropathies gravidiques pures
avec HTA modérée : 9 observations.
avec HTA forte : 12 observations.

— Néphropathies gravidiques surajoutées
avec HTA modérée : 1 observation.
avec HTA forte : 2 observations.

Nous croyons intéressant de rappeler la répartition des différents genres de néphropathies gravidiques au cours des années précédentes :

En 1949 : 27 néphropathies gravidiques, dont :
5 albumineuses simples.
14 œdémateuses.
8 hypertensives.

En 1950 : 31 néphropathies gravidiques, dont :
10 albumineuses simples.
15 œdémateuses.
6 hypertensives.

En 1951 : 33 néphropathies gravidiques, dont :

- 13 albumineuses simples.
- 14 œdémateuses.
- 6 hypertensives.

En 1952 : 31 néphropathies gravidiques, dont :

- 9 albumineuses simples.
- 12 œdémateuses.
- 10 hypertensives.

En 1953 : 34 néphropathies gravidiques, dont :

- 15 albumineuses simples.
- 12 œdémateuses.
- 7 hypertensives.

En 1954 : 41 néphropathies gravidiques, dont :

- 21 albumineuses simples.
- 13 œdémateuses.
- 7 hypertensives.

En 1955 : 30 néphropathies gravidiques, dont :

- 7 albumineuses simples.
- 15 œdémateuses.
- 8 hypertensives.

En 1956 : 36 néphropathies gravidiques, dont :

- 16 albumineuses simples.
- 18 œdémateuses.
- 2 hypertensives.

En 1957 : 31 néphropathies gravidiques, dont :

- 23 avec HTA modérée.
- 8 avec HTA forte.

En 1958 : 41 néphropathies gravidiques pures, dont :

- 29 avec HTA modérée.
- 12 avec HTA forte.
- 7 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :
 - 2 avec HTA modérée.
 - 5 avec HTA forte.

En 1959 : 44 néphropathies gravidiques pures, dont :

35 avec HTA modérée.

9 avec HTA forte.

7 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

2 avec HTA modérée.

5 avec HTA forte.

En 1960 : 39 néphropathies gravidiques pures, dont :

24 avec HTA modérée.

15 avec HTA forte.

12 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

7 avec HTA modérée.

5 avec HTA forte.

En 1961 : 31 néphropathies gravidiques pures, dont :

22 avec HTA modérée.

9 avec HTA forte.

8 néphropathies gravidiques surajoutées, dont :

5 avec HTA modérée.

3 avec HTA forte.

Sur les 24 femmes hospitalisées en 1962 dans le service de la pathologie de la grossesse et ayant accouché à la clinique obstétricale,

14 n'ont plus présenté de signes moins de 10 jours après l'accouchement ;

9 en ont présenté plus de 10 jours après ;

1 n'a pas été suivie.

Sur les 24 femmes hospitalisées pour néphropathies gravidiques et ayant accouché à la clinique obstétricale, nous avons relevé :

10 accouchements à terme (9 enfants vivants).

8 accouchements prématurés spontanés (6 enfants vivants).

6 accouchements prématurés provoqués (6 enfants vivants).

CONCLUSIONS

Au cours de notre étude sur le fonctionnement du service de la pathologie de la grossesse durant l'année 1962, nous avons d'abord donné dans l'ordre d'entrée la liste des malades hospitalisées dans le service. Nous avons ensuite classé les observations en suivant les règles établies à la clinique obstétricale.

I. — Maladies de la mère pré-existant à la grossesse et pouvant être aggravées du fait de la gestation :

- Cardiopathies sévères : 12 observations.
- Néphrites chroniques et hypertensions solitaires : 12 observations, dont 1 compliquée de néphropathie gravidique surajoutée.
- Diabète : 13 observations.
- Prédiabète : 12 observations.
- Tuberculose : aucune femme n'a été hospitalisée en 1962 avec une tuberculose évolutive.

II. — Maladies de la mère non particulières à l'état de gestation, mais qui apparaissent au cours de la grossesse, ou qui revêtent de son fait une allure particulière :

- Pyélites et pyélonéphrites : 26 observations.
- Affections malignes : 3 observations.

III. — Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de ses annexes, de l'œuf ou du fœtus :

- Accouchements prématurés habituels : 2 observations.
- Antécédents de mort inexpliquée du fœtus au voisinage du terme : 3 observations.
- Grossesses prolongées : 4 observations.
- Hydramnios : 3 observations.

- Placenta praevia : 1 observation.
- Décollement de placenta normalement inséré : 1 observation.
- Grossesse arrêtée : 3 observations.
- Rupture utérine : 1 observation.

IV. — Maladies particulières à l'état de gestation :

- Ictère gravidique récidivant : 1 observation.
- Vomissements gravidiques : 15 observations.
- Dysgravidies sans albuminurie : 12 observations.
- Néphropathies gravidiques pures : 21 observations.
- Néphropathies gravidiques surajoutées : 3 observations.

Pour les néphropathies gravidiques, nous avons exposé de façon complète avec bilans, évolution de la grossesse et évolution de la maladie, les observations des 24 malades ayant accouché à la clinique obstétricale en insistant sur certaines discordances entre la réalité clinique de la néphropathie gravidique et les apports fournis par les examens électrophorétiques sériques et urinaires.

Le Doyen,
J.F. CIER

Le Président de la Thèse,
H. PIGEAUD.

Vu et Permis d'imprimer.
LYON, le 27 Novembre 1964

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,
P. LOUIS.

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	17
CHAPITRE PREMIER. — Nomenclature des Observations	19
CHAPITRE II. — Commentaires de la nomenclature	25
PREMIER GROUPE. — Maladie de la mère préexistant à l'état de gestation	25
DEUXIÈME GROUPE. — Maladies non particulières à l'état de gestation	31
TROISIÈME GROUPE. — Maladies ou accidents survenant du côté de l'utérus, de ses annexes, de l'œuf ou du fœtus.	33
QUATRIÈME GROUPE. — Maladies spéciales à l'état de ges- tation	35
LES NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES	41
COMMENTAIRES SUR LES NÉPHROPATHIES GRAVIDIQUES	63
CONCLUSIONS	69
